Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Band 10



Gunnar Duttge, Wolfgang Engel,
Barbara Zoll (Hg.)

Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm

Universitätsverlag Göttingen

Gunnar Duttge, Wolfgang Engel, Barbara Zoll (Hg.)
Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm



erschienen als Band 10 der Reihe „Göttinger Schriften zum Medizinrecht“
im Universitätsverlag Göttingen 2010

Gunnar Duttge, Wolfgang Engel,
Barbara Zoll (Hg.)

Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm

Göttinger Schriften
zum Medizinrecht Band 10



Universitätsverlag Göttingen
2010

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe
Zentrum für Medizinrecht
Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Gunnar Duttge

Satz und Layout: Björn Rätzke, Carsten Dochow
Umschlaggestaltung: Kilian Klapp, Margo Bargheer

http://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-941875-72-2
ISSN 1864-2144

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber I

Geschlechtsdifferenzierung und ihre Abweichungen 1
Professor Dr. med. Peter Wieacker

Grundlagen der psychosexuellen Entwicklung und „ihrer Störungen“ 11
Dr. phil., Dipl.-Psych. Katinka Schweizer, MSc

Soziale Umwelt und sexuelle Identitätsbildung 37
Privatdozent Dr. med. Andreas Hill

Begrenzte Toleranz des Rechts gegenüber individueller sexueller Identität 53
Professor Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M. (Wisc.-Madison)

Strafrechtliche Sanktionierung sexueller Abweichungen 69
Professor Dr. iur. Tatjana Hörnle

Diagnose und Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Sexualstraftätern 81
Professor Dr. med. Jürgen L. Müller, Dipl.-Psych. Peter Fromberger

Bericht über die Podiumsdiskussion 93
Dipl.-Jur. Carsten Dochow

Anhang 1: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG) 105

Anhang 2: Strafgesetzbuch (StGB) – Auszug 111

Autorenverzeichnis 113

Vorwort der Herausgeber

Die „sexuelle Identität“ des Menschen, über deren Aufnahme in den Katalog der verfassungsrechtlich verankerten Diskriminierungsverbote (Art. 3 Abs. 3 S. 1 GG) derzeit debattiert wird (vgl. BT-Drucks. 17/88, 17/254 und 17/472 sowie öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 21.4.2010), ist allem Anschein nach in vielfältiger Weise multifaktoriell bedingt. Biologische, genetische, neurophysiologische Faktoren auf „naturgesetzlicher“ Seite, aber auch Erziehung und Gesellschaft als „Umweltfaktoren“ hinterlassen ihre mehr oder minder prägenden Einflüsse, wenngleich von Mensch zu Mensch verschieden. Dieser Individualität – sei es in phänomenologischer Gestalt, im Selbstverständnis oder hinsichtlich der sexuellen Orientierung (Partnerwahl) und Lebensweise – stehen gesellschaftliche Interessen nach Sicherheit und eindeutiger Zuordnung gegenüber, die – soweit in die Form von sozialen, rechtlichen oder gar strafrechtlichen „Normen“ gegossen – den jeweils individuellen Bedürfnissen und Neigungen notwendig Grenzen setzen. Welche Grenzziehungen hier allerdings angemessen und gerechtfertigt oder nur überkommenen, überholten, bloß gesellschaftlich „konstruierten“ Vorstellungen von „Normalität“ geschuldet sind, bedarf der fortlaufenden kritischen Überprüfung und ist offensichtlich einem fortwährenden Wandel unterworfen. Der vorliegende Band, der die Vorträge, Diskussionen und Ergebnisse eines vom Göttinger Zentrum für Medizinrecht in Kooperation mit der Abteilung für Humangenetik am UMG (Universitätsklinikum Göttingen) veranstalteten Workshops zum Gegenstand hat, beleuchtet diese grundlegende Problematik im übergreifenden Zusammenhang anhand ausgewählter, wenngleich durchaus je eigengesetzlicher „Herausforderungen“ für gesellschaftliche „Toleranz“: Intersexualität und Transsexualität, Homosexualität und Inzest sowie generell die Reaktion der Rechtsgemeinschaft auf Sexualstraftaten, insbesondere im Lichte der Zuschreibung von „Schuld“ nach fachgutachtlicher „Feststellung“ der Schuldfähigkeit. Die folgenden Beiträge mögen je für sich wie auch in ihrer Zusammenschau Anstöße für weiterführende Überlegungen geben und das überfällige interdisziplinäre Gespräch voranbringen.

Göttingen, im August 2010 *Die Herausgeber*

Geschlechtsdifferenzierung und ihre Abweichungen

Professor Dr. med. Peter Wieacker

I. Einleitung

Aus der griechisch-römischen Kultur sind uns viele Darstellungen von androgynen Wesen überliefert. Diese spiegeln sicherlich die vielen Mythen um Hermaphroditos wider, den Sohn von Hermes und Aphrodite. Nach einer der vielen Erzählungen verliebte sich eine Nymphe namens Salmakis in Hermaphroditos. Weil er sie zurückwies, bat sie die Götter um Hilfe. Sie umarmte ihn, als sie ihn beim Baden überraschte, und die Götter machten sie unzertrennlich (Kerenyi, 1966). Plato dagegen sieht im „mannweiblichen" Geschlecht den Ursprung der Liebe. Im „Gastmahl" lässt er Aristophanes ausführen, dass es ursprünglich drei Geschlechter gab: das männliche, das weibliche und das androgyne Geschlecht als Verbindung der beiden. Aufgrund ihrer Hybris spaltete Zeus sie jeweils in zwei Hälften, und „seit dieser Zeit ist der Liebestrieb in den Menschen erwachsen, als ein Vereiniger zu ihrer alten Natur, der da versucht, aus zweien wieder eins zu machen" (Plato, in der Übertragung von Emil Müller).

Welche Geschlechtsform nun die ursprüngliche ist, kann man biologisch wohl letztlich nicht entscheiden. Zwittrigkeit ist in der Natur weit verbreitet, aber man muss davon ausgehen, dass im Laufe der Evolution sich zwittrige Arten auch aus getrenntgeschlechtlichen entwickelt haben. Unabhängig davon stellt sich die Frage, warum im Laufe der sexuellen Evolution zwei Arten von Keimzellen (Spermien und Eizellen) entstanden sind. Nach spieltheoretischen Überlegungen sind die Überlebenschancen für Nachkommen bei sexueller Fortpflanzung am höchsten, wenn der eine Elternteil (das männliche Geschlecht) sehr viele kleine Keimzellen

und der andere (das weibliche Geschlecht) wenige große Keimzellen mit hoher Energiereserve bilden. In diesem Fall besteht für die kleinen Keimzellen – weil sie so zahlreich sind – eine hohe Wahrscheinlichkeit, die wenigen großen Keimzellen zu befruchten, die aufgrund ihres hohen Energievorrates gute Startbedingungen haben (Wickler und Seibt, 1998).

Im Laufe der Evolution haben sich sehr unterschiedliche Mechanismen der Geschlechtsdetermination entwickelt. Bei Säugern, und damit beim Menschen, erfolgt die Geschlechtsdetermination durch die Zusammensetzung der Geschlechtschromosomen X und Y.

II. Kaskade der Geschlechtsdifferenzierung

Die Festlegung des Geschlechts erfolgt zwar bei der Befruchtung durch die Zusammensetzung der Geschlechtschromosomen (XX bei der Frau und XY beim Mann), dennoch ist die Sexualentwicklung zunächst bisexuell angelegt. In dieser ersten Phase haben die Gonaden das Potential, sich sowohl in Testes als auch Ovarien zu differenzieren. Ebenfalls lassen sich sowohl Wolffsche Gänge, die sich im männlichen Geschlecht zu Nebenhoden, Samensträngen, Samenbläschen und einem Teil der Prostata differenzieren, als auch Müllersche Gänge, die sich im weiblichen Geschlecht zu Eileitern, Uterus und dem oberen Anteil der Scheide entwickeln, nachweisen (Abb. 1). Die bipotenten Gonaden entwickeln sich aus den Genitalleisten, in welche die Urkeimzellen von ihrem Bildungsort, dem Dottersack, einwandern. Für die spätere Entwicklung der Hoden ist das Vorhandensein von Spermien und ihrer Vorläufer nicht erforderlich, während das Fehlen von Eizellen zu einer Störung der Ovardifferenzierung führt.

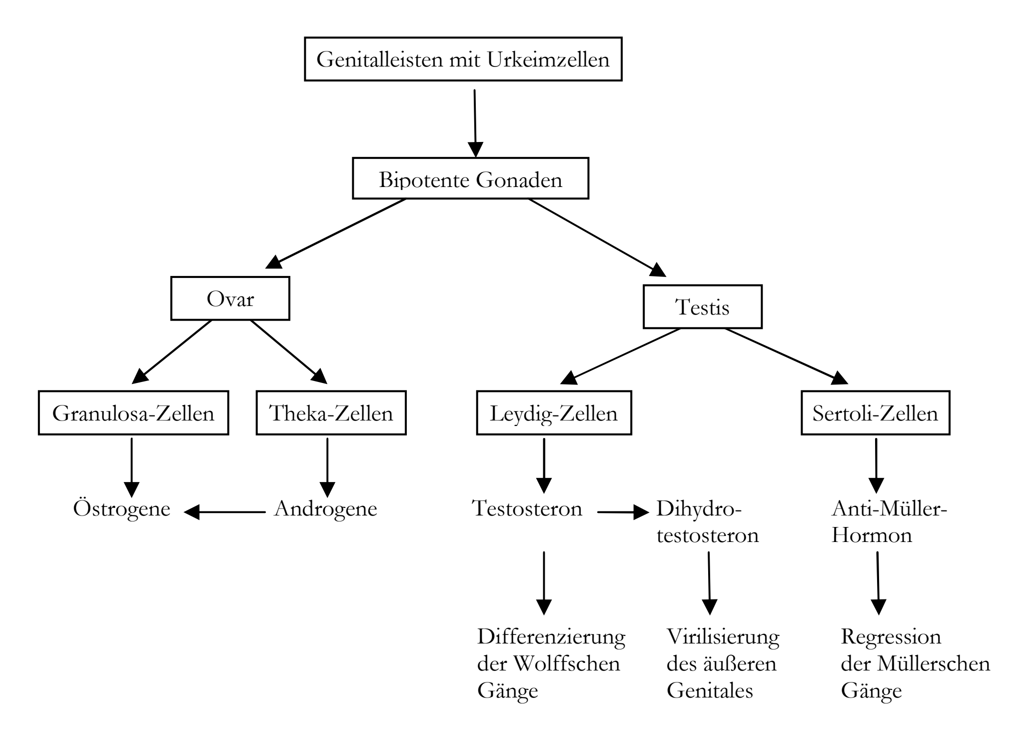


Abbildung 1: Kaskade der Geschlechtsdifferenzierung

In Anwesenheit eines Y-Chromosoms entwickeln sich aus den bipotenten Gonadenanlagen unter der Wirkung des *SRY*-Gens auf dem Y-Chromosom in etwa der 5.-6. Schwangerschaftswoche Hoden. Dabei kommt es zunächst zur Differenzierung von Sertoli-Zellen, die das Anti-Müller-Hormon (AMH) sezernieren. AMH bewirkt die Rückbildung der Müllerschen Gänge. In etwa der 8.-9. Schwangerschaftswoche entwickeln sich die Leydig-Zellen, die unter der Wirkung vom Choriongonadotropin, das von der Plazenta gebildet wird, Testosteron produzieren. Testosteron bewirkt die Differenzierung der Wolffschen Gänge. In der Peripherie wird Testosteron zu Dihydrotestosteron (DHT) umgewandelt, welches die Differenzierung des männlichen äußeren Genitales hervorruft. Der Genitalhöcker wird zum Penis und die Labioskrotalfalten verschließen sich zum Skrotum.

In Abwesenheit eines Y-Chromosoms entwickeln sich unter der Wirkung größtenteils unbekannter Faktoren die Gonaden zu Ovarien. Aufgrund der fehlenden AMH-Produktion differenzieren sich die Müller-Gänge zu Eileitern, Uterus und oberem Anteil der Vagina. Wegen der fehlenden gonadalen Testosteronsekretion bilden sich die Wolffschen Gänge zurück. Infolgedessen unterbleibt auch die Bildung von DHT, so dass die Virilisierung des äußeren Genitales nicht stattfindet. Der Genitalhöcker wird zur Klitoris, die Labioskrotalfalten werden zu den Labien.

In der Kaskade der Geschlechtsdetermination und -differenzierung können demnach folgende Ebenen unterschieden werden:

- die molekulare Ebene
- die chromosomale Ebene
- die gonadale Ebene
- die somatische Ebene
- die psychische Ebene

Bei jeder dieser Ebenen kann es zu Störungen kommen, die eine Diskrepanz zwischen den verschiedenen Stufen verursachen. Die derzeit übliche Einteilung der Abweichungen der Geschlechtsdifferenzierung geht vom chromosomalen Geschlecht aus (Tab. 1).

Tabelle 1: Einteilung der Störungen der Geschlechtsdifferenzierung nach Hughes et. al. (2006). DSD: Disorders of Sexual Development

Gonosomales DSD	46, XY DSD	46, XX DSD
A: 45, X (Turner-Syndrom und Varianten)	A: Störungen der Testis-Entwicklung 1. Komplette Gonadendysgenesie 2. Partielle Gonadendysgenesie 3. Gonadale Regression 4. Ovotesticuläres DSD	A: Störungen der Ovar-Entwicklung 1. Ovotesticuläres DSD 2. Testiculäres DSD 3. Gonadendysgenesie
B: 47, XXY (Klinefelter-Syndrom und Varianten)	B: Störungen der Androgensynthese oder Wirkung 1. Androgen-Biosynthesedefect	B: Androgenüberschuss 1. Fetal (z.B. 21-Hydroxylase-Defekt)
	2. Androgeninsensitivität	2. Feto-placentar Aromatase- Deficienz)
	3. LH-Rezeptordefekt	3. Maternal (Luteom, exogen)
	4. Störungen von AMH und dessen Rezeptor	
C: 45, X/46, XY	C: Andere (z.B. schwere Hypospadie, Blasenexstrophie)	C: Andere (z.B. Blasenexstrophie, Vaginalatresie)
D: 46, XX/46,XY		

Im Folgenden wird nur eine Auswahl von Störungen der männlichen Gonadenentwicklung besprochen, die durch Genmutationen oder chromosomale Aberrationen bedingt sind.

III. Störungen der Gonadenentwicklung

Bei der *ovotestikulären* Störung der Geschlechtsentwicklung (ovotesticular disorder of sex development), die früher als Hermaphroditismus verus bezeichnet wurde, ist sowohl testikuläres als auch ovarielles Gewebe vorhanden. Dabei muss der Nachweis von Tubuli seminiferi als typische Hodenstrukturen oder Spermien als auch von Follikeln erbracht sein. In etwa 13 % der Fälle liegt ein XX/XY-Karyotyp und in 15 % ein XX/XXY-Karyotyp vor. Bei einem XX/XY-Karyotyp ist ein Chimärismus zu erwarten, der durch die Fusion von zwei Embryonen unterschiedlichen Geschlechts zustande kommt. Bei einem XX/XXY-Karyotyp kann man meistens davon ausgehen, dass ursprünglich ein XXY-Karyotyp vorlag und es anschließend in einem Teil der Zellen zum Verlust des Y-Chromosoms gekommen ist. In beiden Fällen ist die Symptomatik leicht zu erklären, da Zellen mit einem Y-Chromosom und damit der Anwesenheit von *SRY* zur Entwicklung testikulärer Strukturen beitragen, während Zellen mit einem XX-Karyotyp Ovarstrukturen hervorrufen. In etwa 60 % bzw. 12 % der Fälle liegt ein 46,XX- bzw. ein 46,XY-Karyotyp vor. Die Ursachen hierfür sind noch größtenteils unbekannt.

Beim sog. *XX-Mann-Syndrom* (testicular DSD) liegt trotz eines unauffälligen weiblichen Karyotyps ein männlicher Phänotyp vor. Es besteht eine Infertilität, da keine Spermien gebildet werden, und in der Regel eine Gynäkomastie. In etwa 80 % der Fälle lässt sich Y-chromosomales Mateial einschließlich *SRY* in einem der X-Chromosomen nachweisen. Dies wird durch eine Translokation von Y-chromosomalem Material auf das X-Chromosom während der väterlichen Meiose verursacht. Die übrigen Fälle sind größtenteils ungeklärt. Teilweise kommen Mutationen in *WNT4* und *RSPO1* in Frage.

Bei den *Gonadendysgenesien* liegt eine Differenzierungsstörung der Gonaden vor, die ausschließlich oder teilweise aus fibrotischem Gewebe bestehen. Bei der kompletten Gonadendysgenesie bestehen die Gonaden nur noch aus fibrotischem Gewebe („Stranggonaden"), Keimzellen und endokrin aktive Zellen lassen sich nicht nachweisen. Bei der kompletten XY-Gonadendysgenesie unterbleibt daher die Virilisierung des äußeren Genitales, da gonadale Androgene nicht gebildet werden. Aus dem gleichen Grund kommt es nicht zur Differenzierung der Wolffschen Gänge. Uterus, Eileiter und Vagina sind dagegen vorhanden, da infolge der fehlenden AMH-Produktion die Regression der Müllerschen Gänge ausbleibt. Bei der partiellen XY-Gonadendysgenesie sind noch Residuen von testikulärem Gewebe vorhanden, so dass eine gewisse AMH-Produktion mit residualen Müllerschen Strukturen und eine noch verbleibende Androgenproduktion mit residualen Wolffschen Strukturen und Virilisierung des äußeren Genitales vorkommen. Bei der XY-Gonadendysgenesie mit intraabdominal gelegenen Gonaden ist von einem malignen Entartungsrisiko von ca. 15 – 35 % auszugehen (Hughes et al., 2006).

Die Gonadendysgenesie ist ein höchst heterogenes Krankheitsbild. Es kann durch Chromosomenstörungen oder Genmutationen bedingt sein. Ein Mosaik 45,X/46,XY führt typischerweise zur partiellen XY-Gonadendysgenesie. Andere

chromosomale Aberrationen können ebenfalls zur Gonadendysgenesie führen und haben teilweise zur Identifizierung verantwortlicher Gene geführt. Im Folgenden wird nur auf die XY-Gonadendysgenesien eingegangen. Eine solche kann bereits durch eine Störung der Entwicklung der bipotenten Gonaden oder später durch eine Störung der Testisentwicklung bedingt sein.

Für die Entwicklung der bipotenten Gonaden ist die Wirkung unterschiedlicher Gene wie *WT1* (Wilm's Tumor) und *SF1* (steroidogenic factor 1) erforderlich, deren Mutationen erwartungsgemäß zur Gonadendysgenesie in beiden Geschlechtern führen (Abb. 2). Da *WT1* nicht nur für die Gonadendifferenzierung, sondern auch für die Entwicklung der Nieren bedeutsam ist, gehen Mutationen dieses Gens typischerweise mit Nephropathien unterschiedlicher Ausprägung einher. Das Risiko für urogenitale Tumoren ist erhöht. *SF1* ist nicht nur für die Entwicklung der Gonaden, sondern auch der Nebennieren verantwortlich, so dass Mutationen dieses Gens typischerweise eine Gonadendysgenesie und eine adrenale Insuffizienz hervorrufen. Je nach Mutationen dieser Gene kann aber auch eine isolierte Gonadendysgenesie vorliegen.

Männliche Gonadendifferenzierung

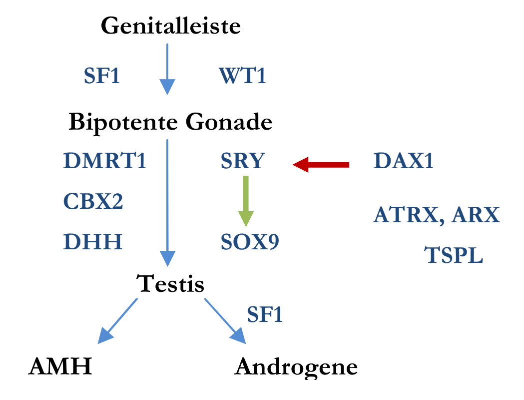


Abbildung 2: Gene, die für die männliche Gonadendifferenzierung verantwortlich sind (Auswahl). Grüner Pfeil: Stimulation. Roter Pfeil: Inhibition.

Für die Differenzierung der bipotenten Gonade zu einem Testis sind unterschiedliche Gene verantwortlich. Das Y-chromosomale Gen, das für die Testisdifferenzierung verantwortlich ist, ist – wie bereits erwähnt – *SRY* (Sex Region of the Y chromosome). Deletionen oder Nukleotidmutationen von *SRY* werden in etwa 20 – 30 % der Fälle von isolierter XY-Gonadendysgenesie festgestellt. Weitere Gene, deren Mutationen eine isolierte XY-Gonadendysgenesie hervorrufen, sind *DMRT1* und *CBX2*. Andere Gene sind aufgrund ihrer pleiotropen Wirkung nicht nur an der Testisdifferenzierung, sondern auch an der Entwicklung anderer Gewebe be-

teiligt, so dass deren Mutationen syndromale Formen der XY-Gonadendysgenesie verursachen können. Mutationen von *SOX9* führen zur Campomelen Dysplasie und in etwa zwei Dritteln der Fälle zur XY-Gonadendysgenesie. Mutationen von *DHH* sind mit einer Neuropathie und einer XY-Gonadendysgenesie assoziiert. Duplikationen von *DAX1*, deren *loss of function* Mutationen zur kongenitalen Hypoplasie der Nebennieren und zum hypogonadotropen Hypogonadismus führen, bewirken eine XY-Gonadendysgenesie, da DAX1 die Wirkung von SRY inhibiert. Mutationen von *TSPYL* wurden bei Patienten mit partieller XY-Gonadendysgenesie und plötzlichem Kindstod beobachtet. Mutationen in *ATRX* und *ARX* rufen eine geistige Behinderung und teilweise eine Störung der Hodenentwicklung hervor.

IV. Störungen der Steroidhormonsynthese

Störungen der Steroidhormonsynthese aufgrund von Enzymdefekten können zu Abweichungen der Geschlechtsdifferenzierung führen, indem entweder zu viele Androgene aus den vermehrt anfallenden Vorstufen vor dem jeweiligen Enzymblock oder zu wenige Androgene mit entsprechend ungenügender Virilisierung gebildet werden. Von den vielen bekannten Defekten der Steroidhormonsynthese werden in diesem Zusammenhang nur zwei besprochen.

Die häufigste Störung der Steroidhormonsynthese ist das adrenogenitale Syndrom (AGS), welches in etwa 90 % der Fälle durch Mutationen des *CYP21A2*-Gens verursacht wird. Dieses Gen kodiert für die 21-Hydroxylase. Bei einem Ausfall dieses Enzyms werden zu wenige Glukokortikoide und – je nach Mutation – zu wenige Mineralokortikoide gebildet. Die sich vor dem Block anhäufenden Metabolite werden zu Androgenen umgewandelt, so dass es im weiblichen Geschlecht zu einer Virilisierung des Genitales kommt. Die Therapie der Wahl ist die Substitution von Glukokortikoiden und gegebenenfalls Mineralokortikoiden, um einen lebensbedrohlichen Salzverlust zu vermeiden. Beim nicht-klassischen AGS treten die Virilisierungssymptome erst im Kindesalter und vor allem nach der Pubertät auf.

Der 5α-Reduktase-Defekt wird durch Mutationen im *SRD5A2*-Gen verursacht. Dadurch kann Testosteron nicht in DHT umgewandelt werden, das für die Virilisierung des äußeren Genitales verantwortlich ist. Dementsprechend weisen chromosomal männliche Betroffene ein weibliches äußeres Genitale oder (bei noch vorhandener Enzym-Restaktivität) eine Klitoromegalie mit Fusion der Labioskrotalfalten auf. Aufgrund der AMH-Wirkung sind Uterus und Eileiter nicht vorhanden, während die Testosteron-abhängigen Wolffschen Strukturen nachweisbar sind. In der Pubertät kommen die Testosteron-abhängigen Prozesse verstärkt zur Geltung, während die DHT-abhängigen Prozesse ausbleiben: Es kommt zum Stimmbruch und zum typischen Muskelhabitus, während Bartwuchs und

Akne ausbleiben. Aufgrund der niedrigen Östrogen- und hohen Testosteron-Konzentrationen kommt es nicht zur Brustentwicklung.

AGS und 5α-Reduktase-Defekt werden autosomal-rezessiv vererbt, so dass die Wiederholungswahrscheinlichkeit bei Geschwistern von betroffenen Kindern 25 % beträgt.

V. Störungen der Androgenwirkung

Damit Androgene wirken können, bedarf es eines entsprechenden Rezeptors, der Androgene wie Testosteron oder DHT bindet. Dieser Komplex wandert in den Zellkern und bindet an *androgen responsive elements* von Zielgenen, die dadurch exprimiert werden und androgenabhängige Effekte hervorrufen. Mutationen des Androgenrezeptorgens (*AR*) verursachen eine Androgeninsensitivität (AI). Das klinische Spektrum reicht von Frauen mit weiblichem äußerem Genitale bei der kompletten Androgeninsensitivität (CAI) über Patienten mit intersexuellem Genitale bei der partiellen Androgeninsensitivität (PAI) bis hin zu Männern mit männlichem Genitale und Infertilität bei der minimalen Androgeninsensitivität (MAI). Die Androgeninsensitivität wird X-chromosomal-rezessiv vererbt. Überträgerinnen, die in der Regel keine klinische Symptomatik aufweisen, geben die Mutation mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % an ihre chromosomal männlichen Kinder weiter, die je nach Mutation entsprechende Symptome der AI aufweisen, und mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % an die chromosomal weiblichen Kinder, die wiederum zu Überträgerinnen werden.

Bei der CAI sind die Gonaden zu Hoden differenziert, die intraabdominal, im Leistenkanal oder in den Labien lokalisiert sind. Aufgrund der AMH-Produktion in den Hoden sind weder Uterus noch Eileiter vorhanden, so dass eine blind endende Vagina mit primärer Amenorrhoe resultiert. Androgene werden zwar im normalen männlichen Bereich gebildet, können aber nicht wirken, so dass Wolffsche Gänge fehlen und das äußere Genitale weiblich ist. Die fehlende Wirkung sowohl gonadaler als auch adrenaler Androgene führt zu einer spärlichen oder fehlenden Axillar- und Pubesbehaarung. Aufgrund der Umwandlung von Testosteron zu Östradiol durch die Aromatase kommt es zur Brustentwicklung. Das maligne Entartungsrisiko der Gonaden wird auf etwa 2 % geschätzt (Hughes et al., 2006). Die Geschlechtsidentität ist eindeutig weiblich.

Das Spektrum der PAI ist sehr breit und reicht von einem weiblichen Phänotyp mit Klitoromegalie und geringer Fusion der Labien bis hin zu einem männlich geprägten Phänotyp mit Hypospadie. Wenn die Hoden nicht deszendiert sind, beträgt das maligne Entartungsrisiko der Gonaden etwa 50 % (Hughes et al., 2006). Die Geschlechtsidentität kann unterschiedlich sein.

Eine MAI, die typischerweise mit Oligo- oder Azoospermie, Gynäkomastie und Mikropenis einhergeht, scheint unter infertilen Männern selten zu sein.

VI. Störungen der hypothalamisch-hypophysär-gonadalen Achse

Abweichungen der Geschlechtsdifferenzierung können auch durch Störungen der hypothalamisch-hypophysär-gonadalen Achse bedingt sein. In diesem Zusammenhang wird nur auf die LH-Resistenz eingegangen, bei der Mutationen in *LHR*, dem Gen für den Rezeptor des luteinisierenden Hormons (LH) und des Choriongonadotropins (hCG), zu einer Aplasie oder Hypoplasie der Leydig-Zellen in chromosomal männlichen Personen führen. Die Folge ist eine verminderte oder fehlende Bildung von gonadalem Testosteron, die eine Virilisierungsstörung des inneren und äußeren Genitales nach sich zieht. Da das AMH aus den Sertoli-Zellen ungestört wirkt, sind Uterus und Eileiter nicht vorhanden.

VII. Zusammenfassung

Abweichungen der Geschlechtsdifferenzierung sind höchst heterogen. Deren Diagnostik erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Berücksichtigung klinischer, endokrinologischer und genetischer Parameter. Ebenfalls verlangt die Beratung der Patienten und deren Familien sowie die Behandlung nach einer interdisziplinären Zusammenarbeit unter Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte, die in ausgewiesen Zentren erfolgen sollte.

Literatur

Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F., Lee P.A., Wilkins L. et al.: (2006) Consensus statement on management of intersex disorders. J Ped Urol 2, 148 – 162.

Kerenyi K. (1985) Die Mythologie der Griechen. Band I: Die Götter- und Menschheitsgeschichten. Deutscher Taschenbuch Verlag.

Plato: Ein Gastmahl. Übertragung von E. Müller. Inselverlag, Nr. 389.

Wickler W., Seibt U.(1998) Männlich Weiblich. Spektrum Akademischer Verlag.

Eine deutschsprachige Übersicht findet sich in:

Engel W., Wieacker P. (2003) Genetik in der Reproduktionsmedizin. In: Unerfüllter Kinderwunsch. Deutscher Ärzteverlag.

Grundlagen der psychosexuellen Entwicklung und „ihrer Störungen“

Dr. phil., Dipl.-Psych. Katinka Schweizer, MSc

Dieser Betrag will dazu anregen, über unser kulturell geprägtes und das psychologische Verständnis von Normen und von Individualität, Störungen, Abweichungen und Varianten nachzudenken. Ich möchte vorab mit einer Dekonstruktion beginnen und den Titel in eine Frage umformulieren: Was meint „psychosexuelle Entwicklung“ und gibt es „ihre Störungen“ überhaupt? Wenn ja, wen oder was stören solche Störungen?

Beginnen wir mit einigen Vorbemerkungen zum Geschlechtsbegriff und zur Psychosexualität, um sodann einen Einblick in wichtige Theorien der psychosexuellen Entwicklung zu gewinnen. Anschließend möchte ich auf mögliche „Störungen“ oder besser gesagt auf untypische Verläufe der psychischen Geschlechtsentwicklung am Beispiel der Transsexualität und der Intersexualität eingehen und abschließend fragen, ob zur Beschreibung dieser Phänomene der Störungsbegriff überhaupt angemessen ist.

I. Einführung und Grundbegriffe

Der Geschlechtsbegriff ist ein vielschichtiger und mehrdeutiger Ausdruck, man könnte auch sagen: ein unpräziser Begriff. In der deutschen Sprache müssen wir vom Kontext auf den jeweils gemeinten Geschlechtsaspekt schließen. Das ist wohl auch ein Grund dafür, weshalb wir nicht nur in der Sexualforschung, sondern auch im Alltagsdiskurs gerne auf das englische Begriffspaar *sex and gender* zurückgreifen,

nach dem sich sex auf das biologische oder körperliche Geschlecht bezieht und gender auf die psychosozialen Geschlechtsaspekte.

In der deutschen Sprache ist die Unterscheidung zwischen beiden Aspekten ohne ergänzende Erläuterung nicht möglich. So könnte gefolgert werden, dass das Deutsche ein besonders ganzheitliches Verständnis vom Geschlechtlich-Sexuellen nahelegt und der Dekonstruktion trotzt. Doch eine sexualwissenschaftliche Betrachtung erfordert differenzierte Perspektiven. So bezieht sich die in der deutschen Sprache seit ca. 200 Jahren gebräuchliche Begrifflichkeit von Sexualität und dem Sexuellen (Sigusch, 2008) meist auf körperliches Lusterleben und die körperliche Geschlechtlichkeit. Entsprechend hat *Somatosexualität* die körperliche Geschlechtsentwicklung zum Gegenstand. Der Begriff *Psychosexualität* bezieht sich einerseits auf die psychischen Aspekte des Geschlechtslebens; gleichzeitig unterstreicht er die Verquickung von körperlicher Sexual- und psychischer Geschlechtsentwicklung.[1]

Wenn wir die Geschlechtsentwicklung des Menschen als ganzheitlichen Prozess betrachten, ist die Unterteilung in körperliches, soziales und psychisches Geschlecht sinnvoll. Denn auf diesen drei Ebenen läuft die Geschlechtsentwicklung ab. Bereits pränatal bilden sich die *körperlichen Geschlechtsmerkmale* aus (chromosomales, gonadales und anatomisches/genitales Geschlecht).

- Nach der Geburt wird dem Kind von der Hebamme, den Geburtshelfern oder den Eltern ein *soziales Geschlecht* zugewiesen, was in der Literatur auch als *Erziehungsgeschlecht* beschrieben wird. Im Laufe der ersten Lebensjahre beobachten Eltern, Erzieher und andere Bezugspersonen höchst gespannt, ob sich das Kind geschlechtstypisch verhält, zu welchem Spielzeug es greift, welche Kleidung es präferiert. Sie machen daran fest, ob sich das Kind an die vorgenommene Geschlechtszuweisung hält und die zugeteilte *Geschlechtsrolle* annimmt. Wenn das nicht der Fall ist, treten oft Irritationen, Ängste oder Unsicherheiten auf. Das Verhalten des Kindes wird also hoch bewertet.
- Ebenfalls in den ersten Lebensjahren nimmt das Kind zunehmend den eigenen Geschlechtskörper wahr, vergleicht ihn mit dem anderer und entwickelt ein Gefühl für das eigene Geschlecht, ein Zugehörigkeitsgefühl, das auch als *Geschlechtsidentität* definiert wird. So können wir vom psychischen Geschlecht sprechen. Im weiteren Verlauf entwickelt sich mit der sexuellen Reifung in der Regel auch eine *sexuelle Präferenz oder Orientierung*, die sich auf die bevorzugte Sexualpartnerwahl bezieht, oder zuvor auf das Gefühl, sich von Menschen des einen oder anderen oder beider Geschlechter erotisch angezogen zu fühlen und deren körperliche Nähe zu suchen.

[1] Die Unterscheidung zwischen somatischer und psychischer Geschlechtlichkeit findet sich bereits bei Freud, der zwischen „drei Reihen von Charakteren" unterschied, dem somatischen und psychischen Geschlechtscharakter (männliche, weibliche „Einstellung") und der Art der Objekt- bzw. Partnerwahl (Freud, 1920/1992, S. 137 f.).

Psychosexualität lässt sich daher in drei wesentliche Begriffe zerlegen: die Geschlechtsrolle, die Geschlechtsidentität und die sexuelle Orientierung. In der *Geschlechtsrolle*, die eine Person trägt und lebt, kommt das kulturell und sozial erwartete und das den kulturspezifischen Geschlechtsstereotypen entsprechende geschlechtstypische Verhalten einer Person zum Ausdruck.[2] Der Begriff der *Geschlechtsidentität* bezieht sich auf das subjektive Geschlechtserleben einer Person. Darunter wird das subjektive Gefühl eines Menschen verstanden, sich männlich, weiblich oder auch anders (z.B. dazwischen) zu fühlen (Richter-Appelt, 2004). Der Begriff der *sexuellen Orientierung* bezeichnet die bevorzugte Sexualpartnerwahl einer Person. Alternativ wird auch von der Geschlechtspartnerorientierung (sexual-partner orientation) gesprochen, in der sich das „bevorzugte Geschlecht des Liebesobjekts" zeigt (Tyson und Tyson, 2009, S. 259). Konzeptionell konkurriert die sexuelle Orientierung mit den Konzepten der *sexuellen Präferenz* und der *sexuellen Identität*. In der Literatur werden sexuelle Orientierung und sexuelle Präferenz häufig synonym verwendet (vgl. Richter-Appelt, 2004). Beide Begriffe beziehen sich darauf, „welche Reize eine Person attraktiv findet bzw. wodurch sie sexuell erregt wird" (ebd., S. 96). Unter der sexuellen Identität, die erst in der Adoleszenz ausgeprägt ist, wird „das subjektive Erleben einer Person als hetero-, homo- oder bisexuell" verstanden (ebd., S. 95)[3]. Im Begriff der sexuellen Identität ist der Hinweis enthalten, dass die sexuelle Partner-Orientierung oder Präferenz identitätsstiftenden Charakter haben kann und für das Selbsterleben eine wichtige Rolle spielt.

Problematisch an der wissenschaftlichen Verwendung des Begriffs der sexuellen Identität ist seine Missverständlichkeit. Denn auf den ersten Blick ist unklar, ob hiermit die sexuelle Partnerorientierung oder das Erleben der eigenen geschlechtlichen Identität bezogen auf das eigene Körpergeschlecht gemeint ist. So wird im englischen Sprach- und Forschungsraum „sexuelle Identität" auch zur Kennzeichnung der Geschlechtsidentität verwendet. Vereinfacht lässt sich zusammenfassen: Das Konzept der Geschlechtsidentität gibt Antwort auf die Frage: Wer bin ich, wie fühle ich mich? – Als ein Mensch, als Mann oder Frau oder dazwischen oder auch anders? Hinter der Geschlechtsrolle verbirgt sich die Frage: Wie verhalte ich mich? – Geschlechtstypisch, rollenspezifisch? Das Konzept der sexuellen Orientierung gehört zu der Frage: Wen begehre ich, wer ist der bevorzugte Sexualpartner?

[2] In Anlehnung an Money (1994) bezeichnet die Geschlechtsrolle die Gesamtheit der kulturell erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Geschlechts. Diese Gesamtheit umfasst „variable Konstrukte von Erwartungen sozial erwünschter Vorstellungen, die durch die Eltern und die Gesellschaft an eine Person herangetragen werden" (Richter-Appelt, 2004, S. 95). Dabei unterliegen Geschlechtsrollen-Vorstellungen stets einem Wandel innerhalb der eigenen und zwischen verschiedenen Kulturen.

[3] Manche Menschen entwickeln auch eine asexuelle Orientierung.

II. Theorien zur Psychosexuellen Entwicklung

Mit den o.g. Grundbegriffen haben wir bereits wichtige „Produkte" der psychosexuellen Entwicklung kennengelernt: Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexuelle Orientierung. Doch was verstehen wir genau unter psychosexueller Entwicklung? Welcher Prozess vollzieht sich, bis ein Mensch sich als Mann oder Frau fühlt oder eine Partnerwahl treffen kann? Ich möchte dazu einen kurzen Einblick in zwei Stränge der Entwicklungspsychologie geben: die klassische psychoanalytische Tradition und die kognitiven Entwicklungstheorien. Der Fokus richtet sich vor allem auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität.

1. Psychosexuelle Entwicklung bei Freud

Die erste psychosexuelle Entwicklungstheorie stammt von dem Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud. Es ist bekannt, dass die Geschlechtlichkeit des Menschen eine große Rolle in der psychoanalytischen Theorie darstellt. In seinen berühmten „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" von 1905 stellte Freud seine Vorstellungen zur psychosexuellen Entwicklung vor.

Eine wichtige Prämisse zum Verständnis der Psychoanalyse ist die Tatsache, dass der Begriff der Psychosexualität sehr umfassend gemeint ist und sich nicht nur auf eine ausgereifte Erwachsenen-Sexualität (im Sinne genitaler Sexualität) bezieht. Sondern: Psychosexualität umfasst in der Psychoanalyse „alle libidinösen [lustvollen] Strebungen und Befriedigungen, nicht nur die genitalen" (Richter-Appelt, 2007, S. 219). So ist auch die von Freud beschriebene infantile oder kindliche Sexualität gemeint im Sinne von lustvoll besetztem Körpererleben. Psychosexualität versteht sich also als Lust- oder Unlust-bezogenes Körpererleben.

Eine weitere Prämisse lautet, dass diese Kindheitserfahrungen die Grundlage für die Entwicklung der Erwachsenensexualität bilden. Freud ging von einer psychosexuellen Entwicklung aus, die nicht erst mit der Pubertät, sondern bereits mit der Geburt beginnt. Sie läuft in verschiedenen Phasen ab, die Freud nach denjenigen Organen und Körperzonen benannt hat, an denen das körperliche Lustempfinden zum jeweiligen Zeitpunkt sein Zentrum hat. So basieren Freuds Annahmen auf der Reifungsabfolge der einzelnen Körperbereiche, wenngleich deren jeweilige Erogenität potentiell von Geburt an gegeben ist und auch weiter bestehen kann.

- In der ersten, *oralen Phase* (1. Lebensjahr) zeigt der Säugling seine Lust und Unlust vor allem mit dem Saugen, und die Welt wird mit dem Mund erkundet. Damit einher geht die Differenzierung des Erlebens lustvoller (saugen, gestillt werden) und aggressiver (kauen und beißen) Triebe.
- In der *analen Phase* (2. bis 3. Lebensjahr) steht der Anus als körperliches Lustzentrum im Vordergrund des Erlebens. Das Kind entwickelt eine wachsende Kontrollfähigkeit über die zunehmend bewusst werdenden Ausscheidungsfähigkeiten. Die ersten beiden Phasen nannte Freud *prägenital*, weil bis

dahin die „Genitalzonen noch nicht in ihre vorherrschende Rolle eingetreten" seien (Freud, 1905/2004, S. 99). Er ging davon aus, dass sie bei allen Menschen im Wesentlichen gleich ablaufen. Eine geschlechtsspezifische Entwicklung würde erst mit der Feststellung der unterschiedlichen geschlechtlichen Anatomie bei Jungen und Mädchen beginnen, die Freud etwa ins 3. Lebensjahr datierte.

- In der *infantil genitalen Phase* (4. bis 5. Lebensjahr) bekommt die Erkundung der äußeren Genitalien mehr Bedeutung. Freud (1905/2004) bezeichnete diese Phase auch als phallische Organisationsstufe, weil sie „nur eine Art von Genitale, nämlich das männliche" kenne (ebd., S. 101). Für diese phallozentrische Annahme erfuhr Freud innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse viel Kritik und seine Annahmen wurden später revidiert und verändert.
- Die folgende *Latenzzeit* (ab dem 6. Lebensjahr) „unterbricht" die Sexualentwicklung des Kindes (Freud, 1924/1992, S. 154). Die Fortpflanzungsfunktionen sind in dieser Phase „aufgeschoben" und die kindlichen sexuellen Strebungen werden vorübergehend verdrängt oder sublimiert. Doch Freud räumte ein, dass die „Latenzzeit" nicht vollständig von Latenz geprägt sein muss. Zeitweise könne sich auch „ein Stück Sexualäußerung" der Sublimierung entziehen, hervorbrechen und sich ggf. sogar durch die ganze Latenzzeit ziehen und mit der Pubertät dann verstärkt auftreten (Freud, 1905/2004, S. 81).
- Während der Pubertät bzw. Adoleszenz[4] gehe die „Sexualentwicklung" beider Geschlechter weit auseinander. Die Lust suche sich ein neues „Sexualziel" und alle erogenen Zonen würden sich dem „Primat der Genitalzone" unterordnen (ebd., S. 108).

Wie fast jedes Modell zeigt auch dieses einen idealtypischen Verlauf; Freud (1905) selbst wies auf seinen hypothetischen Charakter hin. Zwei zentrale Annahmen Freuds zur Entwicklung der erwachsenen Geschlechtsidentität haben bis heute innerhalb der psychoanalytischen Tradition nicht an Bedeutung verloren: Wichtige Entwicklungsschritte basieren auf

1. der Erkenntnis des sog. „anatomischen Unterschieds" zwischen Jungen und Mädchen (Primat des Körperlichen) sowie auf
2. Identifizierungsprozessen mit Vater und Mutter und anderen geschlechtlichen Personen.

Die Feststellung des anatomischen Unterschieds und die unterschiedlichen Reaktionen des Kindes darauf hielt Freud für die weitere Entwicklung der unterschiedlichen Geschlechtlichkeit für ausschlaggebend. Er postulierte: „Anatomie ist das

[4] Sprachlich bezieht sich ‚Pubertät' auf die körperlichen Kriterien des sexuellen Reifungsprozesses. ‚Adoleszenz' umfasst den gesamten Komplex psychologischer Entwicklungsaufgaben und Charakteristika zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr.

Schicksal" und „der morphologische Unterschied muss sich in Verschiedenheiten der psychischen Entwicklung äußern" (Freud, 1924/1992, S. 155)[5]; und diese Erfahrung bildet die Grundlage für die weitere Differenzierung des Geschlechtserlebens.

Im Grunde hat Freud eine Doppelbehauptung aufgestellt: Zum einen beschrieb er Männlichkeit und Weiblichkeit als „Gegensatz", der „wie kein anderer die Lebensgestaltung der Menschen entscheidend beeinflusst" (1905/2004, S. 119). Andererseits stellte er die These der sog. psychischen Bisexualität auf, nach der das Kind aufgrund der Identifikation mit beiden Eltern männliche und weibliche Anteile verinnerlicht und in die eigene Identitätsentwicklung aufnimmt. Dies ist eine sehr fortschrittliche und variantenfreundliche Position, die auch einen Ansatz für das Verständnis untypischer Geschlechtsentwicklung bietet. So schreibt er (in seiner *soziologischen* Definition von Männlichkeit und Weiblichkeit):

> „Diese ergibt für den Menschen, dass weder im psychologischen noch im biologischen Sinne eine reine Männlichkeit oder Weiblichkeit gefunden wird. (…) Jede Einzelperson weist vielmehr eine Vermengung ihres biologischen Geschlechtscharakters mit biologischen Zügen des anderen Geschlechts und eine Vereinigung von Aktivität und Passivität auf, sowohl insofern diese psychischen Charakterzüge von den biologischen abhängen, als auch insoweit sie unabhängig von ihnen sind" (ebd., S. 120).

An anderer Stelle unterstreicht Freud, dass „alle menschlichen Individuen infolge ihrer bisexuellen Anlage und der gekreuzten Vererbung männliche und weibliche Charaktere in sich vereinigen, so dass die reine Männlichkeit und Weiblichkeit theoretische Konstruktionen bleiben mit ungesichertem Inhalt" (Freud, 1925/2006, S. 347). Diese Sichtweise hat auch Eingang in aktuellere psychoanalytische Geschlechtertheorien gefunden, die die Bedeutung der frühen bisexuellen Identifizierungen eines Kindes mit beiden Eltern betonen, aus der das gleichzeitige Vorhandensein von männlichen und weiblichen Anteilen in der sich entwickelnden Geschlechtsidentität abgeleitet werden kann (z.B. Quindeau, 2008b).

2. Stollers „Kerngeschlechtsidentität"

Nach Freud hat sich die psychodynamische Blickrichtung auf die Frage nach der Entstehung der Geschlechtsidentität um zahlreiche Faktoren erweitert. Frühe Beziehungserfahrungen, die Phantasien der Eltern über die Geschlechtlichkeit des Kindes, kognitive Kompetenzen, Identifizierungen und Selbstkategorisierungen, kulturelle Normierungen und Zuschreibungen haben als Einflussfaktoren an Be-

[5] Weitgehend Einigkeit besteht darin, dass dieser entwicklungspsychologische Meilenstein im zweiten Lebensjahr liegt. Quindeau (2008b) zufolge ist ein Kind ab 18 Monaten „allmählich in der Lage, sich als Mädchen oder Junge zu begreifen" (ebd., S. 45).

deutung gewonnen. Als eines der vorherrschenden psychoanalytischen Modelle zur Entwicklung der Geschlechtsidentität gilt die Theorie des amerikanischen Psychoanalytikers Robert Stoller (1968). Entsprechend der Freud‘schen Annahmen postulierte er, dass die Entwicklung der Kerngeschlechtsidentität bereits mit der Geburt startet. Doch anders als Freud ging er davon aus, dass die männliche und weibliche Differenzierung nicht erst mit der genitalen Phase beginnt, sondern mit der Geburt.

Geschlechtsidentität sensu Stoller umfasst bereits ein präverbales Erleben, das darum kreist, einem Körpergeschlecht anzugehören: „Almost everyone starts to develop from birth on a fundamental sense of belonging to one sex“ (Stoller 1968, S. 29). Zwar nahm auch er an, dass der gesamte Geschlechtsentwicklungsprozess bis in die Adoleszenz reicht. Doch gegen Ende des zweiten Lebensjahres sei die Kerngeschlechtsidentität als relativ „konfliktfreie“ innere Gewissheit etabliert. In weiteren Schritten entwickelt sie sich auf höherem symbolischem Niveau weiter.[6]

Stoller zufolge vollzieht sich die primäre Kerngeschlechtsidentitätsentwicklung analog zur Sprachentwicklung des Kindes. Beide Prozesse sind für ihn in einem sozialen Lernprozess verbunden. Die Kerngeschlechtsidentität entwickelt sich mit zunehmendem Sprachverständnis als geschlechtsgebundenes Selbstkonzept. Wie beim biologischen Konzept der Prägung, in der es ein kritisches Zeitfenster gibt, nahm Stoller an, dass das Erkennen der eigenen Geschlechtlichkeit nach dem 18. Lebensmonat nicht mehr ohne weiteres veränderbar sei. Insgesamt verläuft die Entwicklung der primären Kerngeschlechtsidentität jedoch nicht ausschließlich als sozialer Lernprozess, sondern als komplexes Zusammenspiel zwischen verschiedenen biologischen und psychosozialen Faktoren. Die entscheidenden Einflussfaktoren sind für Stoller

- die Eltern-Kind-Beziehung („infant-parents-relationship“),
- die Wahrnehmung der äußeren Genitalien durch das Kind („the childs‘ perception of its external genitalia“) und
- die Kraft der biologischen Geschlechtsvariablen (the force that springs from the biologic variables of sex“) (ebd., S. 29).[7]

Gleichzeitig betonte Stoller, wie schwierig es sei, die relative Bedeutung der jeweiligen Faktoren für das Entwicklungsergebnis der Geschlechtsidentität zu bestimmen, da jeder einzelne Faktor nicht vom anderen getrennt betrachtet werden kann.

[6] Stollers Entwicklungstheorie wurde von Reiche (1997) in einem Drei-Schichten Modell veranschaulicht und weitergeführt. Darin bildet das *körperliche Geschlecht* den Kern, um den sich die Kerngeschlechtsidentität als Schicht legt. Diese wird umgeben von der *Geschlechtsrollenidentität* als einem geschlechtlichen Selbstbild im Hinblick auf gesellschaftliche Normerwartungen.

[7] Unter dem elterlichen Faktor subsumierte Stoller (1968) auch andere soziale Erfahrungen wie die Einstellungen von Geschwistern und Gleichaltrigen (peers) zur Geschlechtsrolle des Kindes. Der biologische Faktor stellte für Stoller das Gegengewicht zu diesen „attitudinal (environmental) forces“ dar (ebd., S. 40). Er zählte dazu bspw. das endokrine und das Zentralnervensystem (ebd, S. 65). Die Bedeutung biologischer Kräfte wurde ihm anhand seltener Fälle von Intersexualität deutlich, bei denen weder die äußeren Genitalien noch die Geschlechtsrollenzuweisung oder die Einstellungen der Eltern den entscheidenden Einfluss auf die Geschlechtsidentität hatten (ebd., S. 66/67).

3. Moderne psychoanalytische Annahmen

Neuere psychoanalytische Untersuchungen und Theorien haben gezeigt, dass es eine wichtige Zwischenstufe zwischen „unbewusstem Babyzustand" und dem Bewusstwerden eigener Geschlechtlichkeit (z.B. „ich bin vielleicht ein Mädchen oder Junge", oder „mein Geschlecht spielt eine Rolle") gibt. Diese Art „Zwischenphase" ist durch das Vorhandensein von geschlechtsübergreifenden Vorstellungen gekennzeichnet. Das Auftreten solcher *kindlichen Omnipotenzphantasien,* beide Geschlechter sein zu können, wird heute als Vorstufe zur Entwicklung einer männlichen oder weiblichen Geschlechtsidentität betrachtet. Es wird angenommen, dass sich Kinder bis zum zweiten Lebensjahr als „geschlechtsübergreifend" erleben (vgl. Fast 1991). Diese Vorstellungen können aber auch bis zum dritten oder vierten Lebensjahr bestehen. Beim Jungen äußern sie sich z.B. in der bisexuellen Größenphantasie, später auch Kinder bekommen zu können, beim Mädchen darin, ebenfalls einen Penis zu besitzen, auch wenn dieser gerade nicht sichtbar sei (vgl. Quindeau, 2008a, 2008b).

Erst allmählich lernt das Kind, die eigenen *Geschlechtsgrenzen* anzunehmen. Entsprechend wird von psychoanalytisch denkenden Theoretikerinnen beschrieben, dass zum emotionalen Geschehen der Geschlechtsidentitätsbildung auch Trauerarbeit gehört, im Sinne einer Trauer darüber, nur einem Geschlecht anzugehören und über den Verlust eines Teils der andersgeschlechtlichen Identifizierungen. Die Vorstellung, alle seien so geschaffen wie man selbst, ist zu überwinden. So wird einerseits betont, dass die Aneignung der eigenen Geschlechtsidentität durch Identifizierungen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und Angehörigen desselben Geschlechts sowie durch das Aufgeben bisexueller Phantasien und andersgeschlechtlichen Identifizierungen geschieht. Andererseits wird argumentiert, dass die ursprünglich bisexuellen Identifizierungen und Anteile des anderen Geschlechts vorhanden bleiben und sich nicht vollständig auflösen (vgl. Quindeau, 2008a, 2008b). So spielen selektive oder partielle, bewusste und unbewusste Identifizierungen und Versuche der Entidentifizierung eine wichtige Rolle.

4. Besonderheiten der weiblichen und männlichen Entwicklung

Ergänzend sei noch ein Gedanke zu den Besonderheiten der weiblichen und männlichen Entwicklung hinzugefügt. In der gegenwärtigen Theoriebildung[8] wird besonders die Bedeutung der frühen Eltern-Kind-Bindung betont. Für die Geschlechtsentwicklung ist bedeutsam, dass Eltern sich ihren Töchtern und Söhnen gegenüber unterschiedlich und geschlechtsspezifisch verhalten. Weil Mütter z.B. ihre Töchter nicht als geschlechtlich und sexuell von sich verschieden erlebten, sei die primäre Identifikation und Symbiose in der Mutter-Tochter-Beziehung stärker ausgeprägt als in der Mutter-Sohn-Beziehung. Daraus leiteten Analytikerinnen wie z.B. Nancy Chodorow ab, dass Trennung und Individuation speziell weibliche

[8] Vgl. Chodorow (1978; 1985), Benjamin (1994), Bassin (1995) und Fast (1991/1996).

Entwicklungsthemen seien, was sich z.B. in Abgrenzungsschwierigkeiten oder einem Mangel an erlebter Autonomie ausdrücken kann.

In den psychoanalytischen Darstellungen zum Erwerb männlicher Geschlechtsidentität ist bis heute das Konzept der sog. Desidentifizierung („dis-identifying"; Greenson, 1968) gültig, nach dem ein Junge in der Entwicklung seines Männlichkeitserlebens die primäre Identifizierung mit der Mutter aufgibt und sich stattdessen mit dem Vater identifiziert. Aufgrund dieses Wechsels der Identifikationsperson seien sich Männer ihrer Männlichkeit unsicherer als Frauen ihrer Weiblichkeit. Der Sexualwissenschaftler Dannecker (2004) spricht hier von einer grundsätzlichen Fragilität der männlichen Geschlechtsidentität.[9]

5. Die Adoleszenz als psychosexuelle Krise

Neben der Bedeutung der ersten Lebensjahre für die Entwicklung der Geschlechtsidentität spielt auch die Bewältigung der adoleszenten Lebensphase eine gewichtige Rolle. Besonders relevant sind die pubertären Körperveränderungen und die Veränderungen des Selbsterlebens. Die große Entwicklungsherausforderung ist durch den Verlust des kindlichen Körpers gegeben, durch das Wachstum von Genitalien und der sekundären männlichen und weiblichen Geschlechtsmerkmale. So bestehen wichtige Aufgaben in der sukzessiven Integration und Anpassung des eigenen Körperbilds.

Die körperlichen und sexuellen Veränderungen lösen eine starke Verunsicherung aus. Gleichzeitig nimmt in der kognitiven Entwicklung die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu, die zusammen mit den rapiden Körperveränderungen und der Wahrnehmung sexueller und erotischer Wünsche zu einem ständigen Beschäftigt-Sein mit der eigenen Person, dem eigenen Aussehen und ggf. zu ängstlicher Befangenheit gegenüber Mitmenschen führen kann. Aufgrund der vielen, die eigene Person betreffenden Veränderungen erlebt die Regulierung des Selbstwertgefühls in der Adoleszenz nie zuvor gekannte Schwankungen und Einbrüche.

Die eigene Identität entwickelt sich nun aus der Ablösung und Neubewertung bisheriger Identifikationen und durch Integration von Selbstaspekten, die aus verschiedenen Entwicklungsphasen stammen. Dabei spielt die Verankerung von seelischem Erleben in körperlichen Erfahrungen für die Festigung von Identität und Geschlechtsidentität eine wichtige Rolle. Vor dem Hintergrund der Krisenhaftigkeit der „normalen" Adoleszenz und Pubertät wird deutlich, wie dies in besonderem Maß für junge Menschen mit untypischer Geschlechtsentwicklung zutrifft wie

[9] Quindeau (2008b) zufolge ist die tendenziell höhere Verunsicherbarkeit im hierarchischen Geschlechterverhältnis begründet, wodurch für den Mann eine Überforderung darin besteht, dass er dem gesellschaftlich privilegierten Geschlecht angehört. Zudem hält sie es für wenig plausibel, dass beim Jungen die weiblichen Identifizierungen „beendet werden müssten" (ebd., S. 54). Schließlich geht nach klassischer analytischer Auffassung im Unbewussten nichts verloren, bestenfalls werde es umgewandelt. Vielmehr sei die zentrale Aufgabe in der männlichen Entwicklung die „Integration der weiblichen Identifizierungen, der Identifizierung mit der Repräsentanz der Mutter und ihres Begehrens"; dies ermögliche „erst den Aufbau einer stabilen männlichen Geschlechtsidentität" (ebd., S. 54).

im Falle einer unerwarteten intersexuellen Pubertätserfahrung oder bei transsexuellem Verlauf und dem Gefühl, „im falschen Körper" zu leben (vgl. Tyson und Tyson, 2009).

6. Lerntheoretische und kognitive Modelle der Geschlechtsentwicklung

Nach diesem Eintauchen in das psychodynamische Denken soll ein letzter Blick noch auf weitere wichtige Modelle zur psychosexuellen Entwicklung, insbesondere aus der Kognitions- und Lerntheorie, geworfen werden. Die sozialen Lerntheorien gehen im Wesentlichen davon aus, dass Kinder ihre Geschlechtsrolle und -identität auf zwei Hauptwegen erwerben oder erlernen: durch direkte Bestätigung und Verstärkung geschlechtstypischer Aktivitäten seitens der primären Bezugspersonen und durch Beobachtungslernen und Imitation gleichgeschlechtlicher Vorbilder.

In der Sozialpsychologie (vgl. Ansätze zur Gruppenbildung, sozialer Identitätstheorie und sozialer Kognition) wird das Geschlecht als eine der frühesten und salientesten sozialen Kategorien betrachtet, die eine Person kognitiv entwickeln kann. Besondere Bedeutung kommt der kognitiven Theorie der Geschlechtsentwicklung von Lawrence Kohlberg (1966) zu, die von der Annahme getragen ist, dass die Geschlechtsrollenentwicklung vom Stand der kognitiven Entwicklung abhängt, insbesondere von der Entwicklung des kindlichen Verständnisses des Konzepts Geschlecht und dessen Implikationen für das eigene Selbst. Außerdem ging Kohlberg davon aus, dass Kinder sich aktiv selbst sozialisieren und nicht nur passive Empfänger sozialer Einflüsse sind (vgl. Shaffer, 1994).

Kohlberg (1966) verstand die Geschlechtsidentität als kognitive Selbstkategorisierung eines Kindes von sich als Junge oder Mädchen. Aus seinen Beobachtungen schloss er, dass Kinder drei Entwicklungsstufen durchlaufen, in denen sie allmählich ein reifendes Verständnis dafür erwerben, was es bedeutet, männlich oder weiblich zu sein. Im ersten Entwicklungsschritt lernen Kinder, das eigene Geschlecht zu identifizieren und auch andere geschlechtlich zu kategorisieren. Diese Phase nannte er das *Gender labeling*. Im Alter von drei Jahren haben sich Kinder unter dem „label" Junge oder Mädchen eingeordnet. Etwas später, im Alter von ca. vier Jahren, sind sie in der Lage, Geschlecht auch als eine über die Zeit hinweg stabile Kategorie anzusehen (*gender stability*). In diesem Entwicklungsschritt lernen sie, dass Jungen sich zu Männern und Mädchen sich zu Frauen entwickeln. Im dritten Schritt ist das Geschlechtskonzept vollständig internalisiert und in der Weise verstanden, dass das Kind den Fortbestand der eigenen Geschlechtlichkeit auch in verschiedenen Situationen realisiert (*gender consistency*). Dies ist etwa zwischen sechs und sieben Jahren erreicht. In dieser Phase lernen Kinder in der Regel, dass sich das Geschlecht auch durch Verhaltensänderungen oder beispielsweise Verkleidungen nicht verändern lässt.

Diesem Modell wurde kritisch entgegengehalten, dass Kinder erste Geschlechtszuordnungen bereits vor dem dritten Lebensjahr vornehmen und auch ein rudimentäres Verständnis von Geschlecht sowie geschlechtstypisches Verhal-

ten zeigen, bevor eine reife und stabile Geschlechtsidentität ausgeprägt ist. Tab. 1 zeigt ein entsprechend modifiziertes Modell, in dem die ursprünglichen drei Phasen erweitert sind um die Entwicklung der Geschlechtsidentität und der Geschlechtsrollenstereotypen.

Tabelle 1: Fähigkeiten der Geschlechtsentwicklung

Alter	Entwicklungsstufe
15 - 18 Monate	I. Gender labeling/Basic gender identity
24 Monate	*Gender identity*
3 - 4 Jahre	*Gender role stereotypes*
4 Jahre	II. Gender stability
5 - 6 Jahre	III. Gender constancy/consistency

(nach Kohlberg, 1966; Shaffer, 1994)

Diese kognitive Sichtweise betrachtet die kindliche Unterscheidungsfähigkeit zwischen männlich und weiblich als eine Klassifikationsleistung, die vergleichbar ist mit dem Erwerb anderer Kategorisierungen, z.B. der Fähigkeit zur Unterscheidung von Tieren. Die geschlechtliche Kategorisierungsfähigkeit entwickelt sich zunächst durch einfaches Sortieren zwischen männlicher und weiblicher Kategorie. Mit zunehmendem kognitivem Vermögen entsteht die Erkenntnis, dass es Variationen und Unterschiede innerhalb eines Geschlechts sowie Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern gibt (vgl. Trautner, 1992; 1996)[10].

Zusammenfassend ist den dargestellten Ansätzen gemeinsam, dass sie die psychosexuelle Entwicklung als einen interaktiven Prozess (zwischen Biologie und Sozialisation) darstellen, in dem interaktionelle und intrapsychische Vergleichs-, Lern- und Identifikationsprozesse eine zentrale Rolle spielen. Leitgedanke ist die Annahme eines Differenzierungsprozesses, in dem die Entdeckung der eigenen Anatomie und das zunehmende Kennenlernen der eigenen Geschlechtlichkeit im zweiten Lebensjahr einen wichtigen Meilenstein darstellen. Dabei gehen die psychoanalytischen Modelle von lebensgeschichtlich früher ansetzenden Prozessen aus, die

[10] Vgl. auch die Arbeiten zur Gender-Schema-Theorie (z.B. Bem, 1983). Ähnlich wie bei Kohlberg wird angenommen, dass die Geschlechtsidentität beim Kind als geschlechtliche Selbst-Sozialisation im Alter von zweieinhalb bis drei Jahren deutlich wird. Ausgehend von einer intrinsischen Motivation, Informationen in Geschlechter-Schemata zu sortieren, entwickeln Kinder zunächst einfache „in-group“ und „out-group“-Schemata. Darauf aufbauend erwerben sie ein detailliertes Schema des eigenen Geschlechts („own-sex-schema“), das handlungsleitend für die eigene Geschlechtsrolle und eigenes geschlechtskonsistentes Verhalten wird. Dieser Ansatz erklärt, wie starre und feste Geschlechtsstereotypen und Rollenvorstellungen entstehen und ein Entwicklungsstadium bilden.

mit dem vorbewussten Körpererleben beginnen. In Anlehnung an Eriksons Arbeiten zur Identitätsentwicklung (1980) können wir folgern, dass sich die Entwicklung der Geschlechtsidentität im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen nach Individualität und Einzigartigkeit sowie nach Zugehörigkeit abspielt. Diese Spannung auszuhalten oder aufzulösen gehört zu den wichtigen psychischen Entwicklungsaufgaben für alle Menschen und in besonderer Weise für Personen mit seltener Geschlechtsentwicklung wie bei Transsexualität oder Intersexualität.

III. Transsexualität und Intersexualität als Beispiele für Geschlechtervarianten

Die dargestellten theoretischen Ansätze basieren fast alle auf einem dichotomen Zwei-Geschlechter Modell, das für Varianten der Geschlechtsentwicklung nur wenig Spielraum lässt. Wenn wir uns mit „Abweichungen", „Störungen" oder „Sonderfällen" beschäftigen, ist zunächst festzuhalten, dass der Störungsbegriff in der Sexualforschung anhaltend hinterfragt wird. Welche untypischen oder tabuisierten sexuellen Verhaltens- und Erlebensweisen können als gestört bezeichnet werden und welche nicht? Der renommierte Sexualforscher Volkmar Sigusch (2007) schreibt dazu: „Auf die Frage, was eine sexuelle Störung sei, gibt es heute nicht nur eine glatte, sondern auch eine verschlungene Antwort. Die glatte Antwort verweist auf Dysfunktionen, Dysphorien und Dysphilien, die in Krankheitslehren und Symptomregistern erfasst sind". Demnach geht es um „gestörte Funktionen, Missempfindungen, abweichendes Verhalten und krankhaftes Erleben" (ebd., S. 3). Wenn wir jeden dieser Begriffe weiter zerlegen und fragen, was man unter normaler oder regelhafter oder gestörter „Funktion" versteht, geraten wir auf die verschlungenen Pfade.

Unsere medizinischen Klassifikationssysteme kennen derzeit drei Gruppen von sexuellen Störungen: die *sexuellen Funktionsstörungen* (z.B. die sog. Orgasmusstörungen, Schmerzstörungen, Verlust von sexuellem Verlangen, Erregungsstörungen), die *Störungen der Sexualpräferenz* (auch Paraphilien oder Perversionen genannt) und die sog. *Störungen der Geschlechtsidentität*. Bis in die 1970er Jahre galt auch Homosexualität noch als Störung der Sexualpräferenz, was heute nur schwer vorstellbar ist. Aktuell wird diskutiert, ob die Störungen der Geschlechtsidentität weiter als psychiatrisches Krankheitsbild geführt oder aus dem Störungskanon herausgenommen werden sollen. Auf diese möchte ich zunächst eingehen und anschließend Besonderheiten bei körperlicher Intersexualität skizzieren.

1. Transsexualität

Beim Phänomen der Transsexualität besteht eine intrapsychisch erlebte Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und den körperlich vorhandenen Geschlechtsmerkmalen einer Person. Diese Diskrepanz ist begleitet von einem Unbe-

hagen im eigenen körperlichen Ursprungsgeschlecht und wird als belastend erlebt. In anderen Worten: Die Person erlebt eine Diskrepanz zwischen körperlichem und psychischem Geschlecht, dem sie sich zugehörig fühlt. Sie erlebt so einen Widerspruch zwischen Haben und Fühlen bzw. zwischen Haben und Sein. Der Begriff Transsexualität geht auf Harry Benjamin (1966) zurück. Im klinischen Kontext wird auch von Geschlechtsdysphorie (Fisk, 1974), Transidentität (Rauchfleisch, 2006), Transsexualismus oder Störung der Geschlechtsidentität[11] und zunehmend auch von Transgender gesprochen.

a) Diagnostische Kriterien

Das internationale, amerikanisch geprägte Diagnosemanual DSM IV (APA, 2000) klassifiziert eine Geschlechtsidentitätsstörung nach festgelegten Merkmalen. Eine solche liegt demnach vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

A. Gegengeschlechtliche *Identifikation* (cross-gender feeling)
B. Anhaltendes *Unbehagen* mit dem eigenen biologischen Geschlecht
C. *Ausschluss* von biologischer Intersexualität
D. Klinisch signifikanter *Distress*

Im ICD-10 (WHO, 1993), dem in Deutschland und Europa geltenden und Krankenkassen-relevanten Klassifikationssystem, ist noch vom Transsexualismus (F64.0) die Rede. Dieser wird der Gruppe der „Störungen der Geschlechtsidentität" zugeordnet (F64) und zu den sog. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen gezählt (Kapitel F6). Hier wird Transsexualismus wie folgt definiert:

> „*Wunsch*, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem *Gefühl des Unbehagens* oder der *Nichtzugehörigkeit* zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer *Behandlung*, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen."

Diagnostische Kernmerkmale, die von beiden Diagnosemanualen genannt werden, sind das Auftreten einer gegengeschlechtlichen Identifikation und das Unbehagen mit dem eigenen biologischen Geschlecht. Darüber hinaus wird als diagnostische und behandlungsrelevante Leitlinie gefordert, dass die transsexuelle Identität mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben muss und nicht Symptom einer anderen psychischen Störung wie z.B. einer Schizophrenie bzw. Psychose sein darf.

[11] Genau genommen trifft der Begriff der „Geschlechtsidentitätsstörung" nicht für alle Betroffenen zu. Denn viele beanspruchen, nicht in ihrer Geschlechtsidentität gestört zu sein, die sie oft als eindeutig männlich oder weiblich erleben, sondern unter der Dissonanz oder Diskrepanz zwischen Körpermerkmalen und psychischem Geschlechtserleben und Zugehörigkeitsgefühl zu leiden.

Ausgeschlossen werden muss ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen „Anomalien“.

b) Behandlung

In den 1960er Jahren überwand die klinische Medizin und Psychologie bestehende Vorbehalte und begann Transsexuelle zu behandeln, weil man feststellte, dass Transsexualität, ähnlich wie die Homosexualität, psychotherapeutisch nicht „wegzutherapieren“ war. Inzwischen ist die Thematik in den Lehrbüchern etabliert und wurden Behandlungsstandards entwickelt. Kontrovers diskutiert wird derzeit die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsidentität. In den Niederlanden ist man inzwischen so weit, Jugendlichen mit transsexuellem Leiden und Symptomen nach einer ausführlichen Diagnostikphase ggf. pubertätshemmende Präparate zu geben. In Deutschland haben die Fachgesellschaften zur Behandlung Jugendlicher vorsichtigere Leitlinien formuliert: Über die Indikation geschlechtsumwandelnder Maßnahmen sollen zwei unabhängige Fachleute entscheiden, nachdem eine mindestens einjährige Psychotherapie und ein ebenfalls einjähriger sog. Alltagstest in der angestrebten Geschlechtsrolle stattgefunden haben. Hormonelle und chirurgische Eingriffe „sollen frühestens nach dem Erreichen des 18. Lebensjahres eingeleitet werden“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Allerdings lässt der genaue Wortlaut auch Ausnahmen zu[12].

Eine Besonderheit der ICD-10-Diagnostik (s.o.) ist die Aufnahme des Behandlungswunsches nach hormoneller und operativer Geschlechtsumwandlung in die Liste der Diagnosekriterien. Dies geht vermutlich auf die einflussreiche und nach meiner Kenntnis älteste der modernen Definitionen von Transsexualität nach Harry Benjamin (1966) zurück, der Transsexualität verstand als eine “condition in which an individual wishes to manifest the primary and secondary sex characteristics of the non-natal sex and live as a member of that sex, and odifies his or her body with hormones and surgery to achieve that end” (Benjamin, 1966; APA, 2000). Die Frage, ob der Wunsch nach einer körperlichen Geschlechtsangleichung an das psychische Geschlecht notwendigerweise ein Kriterium für Transsexualität darstellt und ob eine tatsächliche Geschlechtsumwandlung durch hormonelle und chirurgische Eingriffe tatsächlich unerlässlich ist, hat über die klinischen Grenzen hinweg hohe Aktualität und große Relevanz. 2005 hat das Bundesverfassungsgericht in Deutschland den Gesetzgeber aufgefordert, u.a. das Personenstandrecht dahingehend zu ändern, dass auch ein rechtlich „anerkannter“ Transsexueller ohne

[12] „Nur in Ausnahmefällen, in denen eine eindeutige transsexuelle Entwicklung vorliegt […], kann vor dem 18. Geburtstag eine hormonelle Therapie begonnen werden. Zunächst sollten Hormone mit reversiblen Effekten gewählt werden, bei biologisch männlichen Patienten GnRH-Analoga oder Antiandrogene, bei biologisch weiblichen Patienten GnRH-Analoga oder Gestagene. Möglichst nicht vor dem 16. Geburtstag kann anschließend eine Therapie mit gegengeschlechtlichen Hormonen begonnen werden. Geschlechtskorrigierende operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag begonnen werden.“ (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Geschlechtsumwandlung rechtlich dem von ihm empfundenen Geschlecht zugeordnet wird. Becker (2006) würdigt diese „höchstrichterliche Rechtsprechung", wenngleich sie kritisiert, dass sie „nicht mehr und nicht weniger" getan habe, „als die Entwicklung sexualwissenschaftlicher Erkenntnisse der letzten 25 Jahre nachzuvollziehen". Immerhin trägt dieser Beschluss der Tatsache Rechnung, dass das Phänomen der Transsexualität eine Vielzahl von unterschiedlichen transidentischen Entwicklungen und Verläufen umfasst und nicht alle Transsexuellen partout eine vollständige operative Geschlechtsumwandlung anstreben. In einer Übersichtsarbeit zeigte sich nach Sichtung der internationalen Literatur, dass zwischen 43 % und 50 % eine Lösung ihrer transsexuellen Lebensbedingung ohne Operation suchen (White und Ettner, 2004).

c) Formen und Verlaufsformen

Zunächst ist zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen zu unterscheiden. In Deutschland und in den meisten Ländern, aus denen Studien vorliegen, überwiegt die Anzahl der Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Nach Schätzungen liegt die Inzidenzrate für biologische Männer bei 1:11900 bis 45000 und für biologische Frauen bei 1:30000 bis 100000 (Rauchfleisch 2006; Weitze und Osburg, 1996). Viele Personen mit Transsexualität berichten, schon in der Kindheit gemerkt zu haben, im „falschen" Körper zu leben. Diese Form der frühen Transsexualität mit sog. „early onset" wurde in den 1970er Jahren als „primäre Transsexualität" beschrieben, von der die „sekundäre" Transsexualität unterschieden wird, die sich erst in späteren Lebensphasen zeige (vgl. Person und Ovesey, 1993). Doch gerade außerhalb des klinischen Wirkens wird diese Zweiteilung als zu vereinfachend dargestellt, da sie der Vielfalt möglicher transsexueller Verläufe nicht gerecht wird. Von soziologischer Seite wurde beispielsweise eine phänomenologische Beschreibung vorgelegt, anhand der Transgender-Erfahrungen nach den jeweils charakteristischen Prozessen bei der Überschreitung der binären Geschlechtergrenzen unterschieden werden.[13]

2. Intersexualität

Schließlich sei noch eine weitere Variante der Geschlechtsentwicklung angesprochen: das Phänomen der Intersexualität, das mir als Thema besonders am Herzen liegt. Intersexualität ist ein Oberbegriff, der auf eine Vielzahl von Besonderheiten der somatischen Geschlechtsentwicklung zutrifft.

[13] Ekins und King (2006) unterscheiden zwischen vier Formen der Grenzüberschreitung: *Migrating* (permanent), *Oscillating* (temporär), *Negating* (Eliminierung der Geschlechtergrenze) und *Transcending*. Diese Transgender- Modi können wiederum durch verschiedene Prozesse erreicht werden: *erasing* (Eliminierung männlicher oder weiblicher Merkmale), *substituting* (Geschlechtsmerkmale ersetzen, z.B. Gesten, Kleidung, Sprachstil, Körpermerkmale), *concealing and displaying* (Verstecken u. Zeigen), *implying*, *redefining*.

a) Terminologie und Klassifikation
Intersexualität liegt vor, wenn bei der Geburt oder zu einem späteren Zeitpunkt die geschlechtsdifferenzierenden und -determinierenden Merkmale (Chromosomen, Gonaden, äußere und innere Genitalien) nicht alle demselben Geschlecht entsprechen. Terminologisch hat der Intersexualitätsbegriff den „wahren" und den „Pseudo-Hermaphroditismus" abgelöst. Doch die Debatte um eine adäquate Terminologie hält an. Im medizinischen Diskurs setzt sich die Bezeichnung „*Störungen der Geschlechtsentwicklung*" (disorders of sex development, DSD) durch, die definiert werden als angeborene Bedingungen, bei denen die Entwicklungen des chromosomalen, gonadalen oder anatomischen Geschlechts untypisch sind (Hughes et al. 2006). Um den Störungsbegriff zu vermeiden und eher die biologische Vielfalt zu betonen, die bei intersexuellen Formen zum Ausdruck kommt, wird alternativ auch von *Varianten, Differenzen oder Divergenzen der Geschlechtsentwicklung* gesprochen (Diamond und Beh, 2008; Reis, 2007; Richter-Appelt, 2007b).

Die aktuelle medizinische Klassifikation unterscheidet entsprechend der zugrunde liegenden Geschlechtschromosomen zwischen drei Gruppen der Intersexualität: XX- und XY-chromosomale Formen sowie seltenen Formen mit Chromosomenaberrationen oder Mosaikformen (46,XY-DSD, 46,XX-DSD und Geschlechtschromosomen-DSD). Zur ersten Gruppe mit eigentlich „männlichem" XY-Chromosomensatz zählen die sog. Störungen der Androgenbiosynthese, Androgenresistenz und Gonadendysgenesien. Die betroffenen Personen weisen einen XY-Chromosomensatz (bzw. bei einigen Gonadendysgenesien auch XY-Mosaik-Karyotypen) auf, erscheinen häufig weiblich, haben aber keinen Uterus und keine Ovarien bzw. nur eine partielle Ausbildung von inneren Keimdrüsenanlagen. Die 46,XX-DSD Gruppe umfasst das Adrenogenitale Syndrom (AGS) mit und ohne Salzverlust. Hier entwickelt sich aufgrund einer pränatalen Androgenüberproduktion ein vergrößertes äußeres und somit teilweise männlich erscheinendes Genitale; Uterus und Ovarien sind vorhanden.[14]

Da es sich bei Intersexualität um einen übergeordneten, auf eine Vielzahl von Formen mit verschiedenen Ursachen, Erscheinungsbildern und Entwicklungsverläufen anwendbaren Begriff handelt, sind Aussagen zur Prävalenz schwierig. Eine aktuelle Schätzung geht davon aus, dass ein Neugeborenes mit uneindeutigem Geschlecht mit einer geschätzten Häufigkeit von 1:4500 Geburten zur Welt kommt. Dies würde einer Zahl von jährlich ca. 150 Neugeborenen in Deutschland entsprechen (Thyen et al., 2006). Intersexualität wird aber nicht nur nach der Geburt, sondern in einigen Fällen auch erst während der Pubertät festgestellt, z.B. wenn die erwartete weibliche Pubertät (wie die Menarche) ausbleibt.

[14] Für eine ausführlichere Darstellung verschiedener Formen s. den Beitrag von Wieacker in diesem Band.

b) Geschlechtsidentität bei mehrdeutigem Körpergeschlecht: Prognose meist unsicher!
Lange Zeit ging man davon aus, dass bei Vorliegen von Intersexualität das Risiko für eine gestörte psychosexuelle Entwicklung erhöht sei, und dies zu einer Geschlechtsidentitätsverwirrung (gender confusion), sozialer Stigmatisierung und psychischer Belastung führen könne. Eltern von intersexuellen Kindern wurde daher geraten, möglichst früh eine Geschlechtszuweisung vorzunehmen und das Kind in dem festgelegten Geschlecht konsistent und konsequent zu erziehen, konkret z.B. bei einem Mädchen erwünschtes „weibliches" Geschlechtsrollenverhalten zu belohnen und männliches Verhalten zu bestrafen oder zumindest nicht zu verstärken.

Außerdem wurden medizinische Eingriffe zur körperlichen Angleichung an das Erziehungsgeschlecht und zur Herstellung von äußerer Eindeutigkeit empfohlen. Davon erhoffte man sich, dass betroffene Kinder später eine stabile Geschlechtsidentität als Mann oder Frau entwickeln würden. Die gängige Behandlungspraxis seit den 1950er Jahren sah vor, Menschen, bei denen eine Uneindeutigkeit des Körpergeschlechts erkannt wurde, schnellstmöglich einem Geschlecht zuzuweisen und sie durch medizinische Eingriffe wie Genitaloperationen, die Entfernung von Gonaden und Gabe von künstlichen Sexualhormonen dem Zuweisungs- und Erziehungsgeschlecht anzupassen und Auffälligkeiten zu beseitigen[15]. Die zugrunde liegende Behandlungsrationale wurde unter Begriff der ‚Optimal Gender Policy' bekannt. Seinen Namen hat dieses Behandlungsparadigma daher, weil man davon ausging, man könnte ein *optimales Geschlecht* unter Nutzung aller medizinischen Möglichkeiten herstellen zum Wohle des Kindes und vermutlich auch zum erhofften Wohle der Eltern.

Heute wissen wir, dass eine sichere Prognose der Geschlechtsidentität, also über das subjektive Gefühl, einem Geschlecht anzugehören, bei einer großen Gruppe von Intersexformen gar nicht möglich ist. Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass nur bei Personen mit kompletter Androgenresistenz (CAIS) eine weibliche Geschlechtsidentitätsentwicklung sehr wahrscheinlich ist. Außerdem ist fraglich, ob die Kategorien männlich und weiblich zur Beschreibung des Geschlechtserlebens von intersexuellen Personen überhaupt ausreichen. Bereits in Arbeiten aus den 1960er Jahren gibt es Hinweise, dass intersexuelle Personen auch ein genuin

[15] Da eine äußere Anpassung an das weibliche Erscheinungsbild unter chirurgischen Gesichtspunkten leichter zu erreichen war, wurden Kinder mit uneindeutigem Genitale unabhängig vom Chromosomensatz und den mehr oder minder vorhandenen Gonaden meist zu Mädchen „gemacht". Konkret konnte eine *weibliche Geschlechtszuweisung* mit einer operativen Klitorisreduktion oder der Entfernung eines Mikropenis, der Anlage einer Vaginalplastik und anschließender, mehrjähriger Vaginaldehnung („Bougierung") einhergehen. Solche „Korrekturen" der Vagina erforderten häufig Folgeoperationen. Wegen des vermuteten Entartungsrisikos und um die (weitere) Virilisierung zu verhindern wurden meistens auch die hormonproduzierenden Gonaden entfernt (Gonadektomie). Dadurch wird die körpereigene Sexualhormonproduktion reduziert, womit u.a. auch das Osteoporoserisiko steigt. Um solche Nebenwirkungen zu reduzieren und um die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale im erwünschten Geschlecht einzuleiten, wird wiederum eine lebenslange Hormontherapie indiziert: Östrogen-/Gestagentherapie bei intersexuellen „Mädchen". Bei Zuweisung zum *männlichen Geschlecht* erfolgten in der weiteren Entwicklung häufig Eingriffe zur „Korrektur" des äußeren Genitales (z.B. Penis- und Harnröhrenkorrekturen), Mastektomien (Brustentfernung) und Testosterontherapien.

zwischengeschlechtliches Identitätserleben entwickeln, was ausgehend von der Kenntnis der frühen Körpererfahrungen auch Sinn macht. In den aktuellen empirischen Arbeiten zur Geschlechtsidentitätsentwicklung bei Personen mit Intersexualität dominiert jedoch weiterhin das dichotome Zwei-Geschlechtermodell. Personen, die sich dort nicht eingruppieren lassen, werden pathologisch als geschlechtsdysphorisch[16] beschrieben.

c) Ergebnisse der Hamburger Studie zur Intersexualität

Am Institut für Sexualforschung in Hamburg ist unter der Leitung von Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt ein umfangreiches Forschungsprojekt zur Intersexualität durchgeführt worden; in diesem Kontext wurden Erwachsene mit verschiedenen Formen der Intersexualität zu Behandlungserfahrungen, Aspekten der Lebensqualität und der psychosexuellen Entwicklung befragt. Die Ergebnisse haben u.a. gezeigt, dass

- das Geschlechtserleben bei einer großen Gruppe der Teilnehmenden gekennzeichnet ist durch eine hohe Unsicherheit der Geschlechtsidentität und eine Tendenz zur Zufriedenheit mit dem Zuweisungsgeschlecht
- viele Teilnehmerinnen sich einerseits mit ihrer Geschlechtsrolle als Frau oder Mann arrangiert zu haben scheinen. Dahinter kann aber möglicherweise auch ein ganz praktisches oder ein existenzielles Zugehörigkeitsbedürfnis stehen.
- sehr individuelle und vielfältige Beschreibungen zum Geschlechtserleben koexistieren, gemessen an den Angaben zum individuellen Geschlechtserleben. Für einige Teilnehmer ist es wichtig, ihre intersexuelle Geschlechtsidentität auch nach außen sichtbar zu zeigen, nämlich indem sie bewusst eine andere Geschlechtsrolle gewählt haben; für andere ist es wichtig, neben der eigenen Einzigartigkeit auch einem der „Hauptgeschlechter", wie Sigusch es formuliert hat, zuzugehören.

Die Intersex-Thematik ist gesellschaftlich weitgehend tabuisiert oder findet kaum Sprache. Punktuell taucht die Thematik gelegentlich in den Medien auf, gerne im Kontext von großen Sportereignissen wie im vergangenen Sommer bei der Leichtathletik WM in Berlin. Für Aufsehen sorgte da die südafrikanische Sprinterin Caster Semenya. Aufgrund ihrer Bestzeit auf 800 Metern und ihres eher untypischen weiblichen Erscheinungsbildes wurde der Verdacht geäußert, dass sie intersexuell sei. Eine dänische Zeitung kommentierte das mit der freundlichen Schlagzeile: „*Sie ist beides, Mann und Frau.* Zumindest biologisch gesprochen". Ob diese Aussage auch dem psychischen Geschlechtserleben der Läuferin entspricht, wissen wir nicht. Wir werden es vermutlich auch nicht erfahren, und das ist gut so.

[16] Unbehagen im oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht.

Von den Teilnehmerinnen der Hamburger Studie haben wir jedoch einen Eindruck von der Vielfalt möglichen Geschlechtserlebens erhalten. Diese intersexuellen Frauen mit der gleichen Intersexform (Androgenbiosynthesestörung) haben ihr aktuelles Geschlechtsidentätserleben ganz unterschiedlich beschrieben: Eine Teilnehmerin äußerte: „*Ich lebe in der Rolle als Frau und entdecke erst gerade meine männlichen Anteile.*“ Eine andere: „*Ich sehe mich weder als vollständige Frau noch als Mann, eher irgendwo dazwischen.*“ Eine weitere schrieb: *‘Ich könnte mich nicht als männlich vorstellen, obwohl ich auch nicht weiblich bin.*“ Die Frage ist nun: Weisen diese Aussagen auf eine gestörte Geschlechtsidentität hin? Handelt es sich um Ergebnisse einer gestörten oder ungestörten psychosexuellen Entwicklung?

Was wir wissen ist, dass es sich hier um Aussagen von Frauen handelt, die eine herausfordernde psychosexuelle Entwicklung durchlaufen haben, mit einer unerwarteten körpergeschlechtlichen Entwicklung bei der Geburt und in der Pubertät, mit Irritationen, Ängsten und Unsicherheiten und wenig Unterstützung durch vertrauensvolle Gespräche, aber mit zahlreichen medizinischen Eingriffen zur Angleichung an das weibliche Geschlecht (vgl. Schweizer et al., 2009). Eine These, die meiner Meinung nach im bisherigen klinischen und wissenschaftlichen Umgang mit Intersexualität zu wenig Beachtung gefunden hat ist, dass es – ausgehend von der körperlichen Zwischengeschlechtlichkeit und dem Wissen um ein frühes, implizites Körperwissen des Menschen – auch so etwas wie ein intersexuelles Körperwissen geben dürfte. Entsprechend müssten Personen mit Intersexualität auch eine psychische Zwischengeschlechtlichkeit entwickeln *können. Oder*, wie unsere Daten nahe legen: Manche wählen eine soziale Geschlechtsrolle als Mann oder Frau, weil wir in einer dichotomen Welt leben, und leben gleichzeitig ihre individuelle Geschlechtsidentität aus, im Sinne einer Koexistenz von Normorientierung und Individualität Die Anerkennung des individuellen, ggf. intersexuellen Geschlechtserlebens bei Personen mit Intersexualität stellt die früheren Behandlungsansätze in Frage, die eine Korrektur geschlechtlicher Abweichungen („sex errors“) intendierten. So hat eine Teilnehmerin es folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „*Es geht darum, Intersexualität anzuerkennen, nicht auszulöschen*“.

IV. Fazit und Ausblick

Im Englischen wird Störung mit *disorder* übersetzt. Dies impliziert, dass etwas aus der Ordnung geraten ist. Die vorgestellten, sehr unterschiedlichen Phänomene der Transsexualität und Intersexualität bringen das gesellschaftlich verankerte Zwei-Geschlechtermodell in der Tat ziemlich in Unordnung. In beiden Fällen haben Medizin und Psychologie intensiv gewirkt, um wieder Ordnung herzustellen. Im Falle der Transsexualität sind die Patienten angehalten, im Rahmen einer sorgfältigen Diagnostik und Probezeit ihre Bereitschaft und Eignung für eine medizinische Geschlechtsumwandlung nachzuweisen. Beim Vorliegen von Intersexualität wurde dagegen oft sehr schnell gehandelt, da man hier lange von einem „psychosozialen

Notfall“ ausging. Dagegen erfordert nur eine Intersexform (Adrenogenitales Syndrom mit Salzverlust) lebenserhaltende Maßnahmen, bei einigen Formen besteht ein erhöhtes Entartungsrisiko der Gonaden. Meist fanden Intersex-Behandlungen auf Wunsch der Eltern und infolge ärztlicher Beratung statt, die dem Kind und seinen Eltern das Leben in der Geschlechterunordnung ersparen wollten.

Nach wie vor sind viele Fragen zum „richtigen“ Umgang mit Intersexualität unbeantwortet oder strittig, z.B. die Frage: Welche Geschlechtszuweisung soll eine Familie bei ihrem Kind vornehmen, das mit uneindeutigem Körpergeschlecht zur Welt kommt und zu dessen psychologischer Geschlechtsidentitätsentwicklung keine sichere Prognose abgegeben werden kann? Können irreversible medizinische Eingriffe langfristig dem Wohle des Kindes oder des Heranwachsenden dienen? Unter welchen Bedingungen sollten Gonadenentfernungen, Hormontherapie und Genitaloperationen überhaupt vorgenommen werden? Die neueren Erkenntnisse zum Leben mit Intersexualität zeigen uns, dass neben dem Wunsch nach „Normalität“ die Achtung der Individualität, der körperlichen Unversehrtheit und das Offenhalten der Zukunft ebenfalls wichtige Werte sind, die bei der Entscheidungsfindung zu beachten und abzuwägen sind. Das Nachdenken über geschlechtliche Identitäten und Normalität sei mit einem Zitat von Sigmund Freud (nur an dieser Stelle) beendet: „Ein solches Normal-Ich ist, wie die Normalität überhaupt, eine Idealfiktion. Jeder Normale ist eben nur durchschnittlich normal.“

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), 4th edition-text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bassin D. (1995) Jenseits von ER und SIE: Unterwegs zu einer Versöhnung zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit in der postödipalen weiblichen Psyche. In: Benjamin J. (Hrsg.) (1994) *Unbestimmte Grenzen. Beiträge zur Psychoanalyse der Geschlechter.* Frankfurt/M.: Fischer, S. 93 – 125.

Becker S. (2006) Abschied vom „echten“ Transsexuellen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 19 (2), 154 - 158.

Bem S.L. (1983) Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender aschematic children in a gender-schematic society. *Signs: Journal of Women in Culture and Society, 8*, 598 – 616.

Benjamin H. (1966) *The Transsexual phenomenon.* New York: Julian Press.

Benjamin J. (1988/1994) *Die Fesseln der* Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. [The bonds of love. Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination, 1988]. Frankfurt/M.: Fischer.

Benjamin J. (Hrsg.) (1995) Unbestimmte Grenzen. Beiträge zur Psychoanalyse der Geschlechter. Frankfurt/M.: Fischer.

Brinkmann L., Schweizer K., Richter-Appelt H. (2007a) Geschlechtsidentität und psychische Belastungen von erwachsenen Personen mit Intersexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20 (2), 129-144.

Brinkmann L., Schweizer K., Richter-Appelt H. (2007b) Behandlungserfahrungen und Behandlungszufriedenheit von Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität – Ergebnisse der Hamburger Intersex-Studie. *Gynäkologische Endokrinologie*, 5, 235 – 242.

Chodorow N. (1985/1978) Das Erbe der Mütter, Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München: Frauenoffensive.

Chodorow N.J. (2001) Die Macht der Gefühle. Subjekt und Bedeutung in Psychoanalyse, Geschlecht und Kultur. Stuttgart: Kohlhammer.

Dannecker (2004) *Von der Geschlechtsidentität zum sexuellen Selbst.* In: Richter-Appelt H., Hill A. Geschlecht zwischen Spiel und Zwang. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial Verlag, 113 -128.

Diamond M., Beh H. G. (2008) Changes in the management of children with intersex conditions. *Nature Clinical Practice: Endocrinology & Metabolism,* 4(1), 4-5.

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - S. 167 – 178 [AWMF online, http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/028-014.htm; abgerufen am 7.3.2010].

Ekins R., King D. (2006) The Transgender phenomenon. Sage.

Erikson E.H. (1980) Identity and the life cycle. New York, London: Norton & Co. [Erstausgabe: 1959].

Fast I. (1991/1996) Von der Einheit zur Differenz. Psychoanalyse der Geschlechter. Frankfurt/M.: Fischer.

Fisk N. (1974) Gender Dysphoria Syndrome (The How, What and Why of a Disease). In: D.R. Laub, P. Gandy (Hrsg.). Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome. Standford, CA: University Medical Center, Standford.

Freud S. (1905/2004) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.

Freud S. (1915/2006) Triebe und Triebschicksale. In: Sigmund Freud. Werkausgabe in zwei Bänden . Bd. 1: Elemente der Psychoanalyse.Frankfurt: Fischer, 167 – 183.

Freud S. (1920/1992) Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. In: Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens, 114 – 139. Frankfurt/M.: Fischer.

Freud S. (1924/1992) Der Untergang des Ödipuskomplexes, In: Freud S. Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens und andere Schriften. Frankfurt/M.: Fischer, S. 151 – 156.

Freud S. (1925/2006) Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. In: Freud A., Grubrich-Simitis (Hg.) (2006) Sigmund Freud. Werkausgabe in zwei Bänden. Band 1. Elemente der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, S. 340 – 348.

Groneberg M., Zehnder K. (Hrsg.) (2008) „Intersex“ Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes? Erfahrungen und Analysen. Fribourg/CH: Academic Press Fribourg.

Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F., Lee P.A., LWPES/ESPE Consensus Group (2006) Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7)*,* 554-563.

Kohlberg L.A. (1966) A cognitive-developmental analysis of children’s sex role concepts and attitudes. In: E.E. Maccoby (Hrsg.). *The development of sex differences*. S. 82 -173.

Mertens W. (1992) Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Bd. 1. Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.

Money J. (1994) Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 7 (1), 20-34. [The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex & Marital Therapy,* 20(3), 163-177.]

Money J., Hampson J. G., Hampson J. L. (1957) Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Archives of Neurologie and Psychiatry*, 77(3), 333-336.

Money J., Hampson J.G., Hampson J.L. (1955) Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. Bulletin John Hopkins Hospital, 97 (4), 284-300.

Person E. S., Ovesey L. (1993) Psychoanalytische Theorien zur Geschlechtsidentität. *Psyche – Z Psychoanal*, 6, 505 – 529.

Preves S.E. (2003) *Intersex and identity: the contested self*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Pfäfflin F. (2003) Anmerkungen zum Begriff der Geschlechtsidentität. Psychodynamische Psychotherapie, 2, 141-153.

Quindeau I. (2008a) Verführung und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud. Stuttgart: Klett-Cotta.

Quindeau I. (2008b) *Psychoanalyse.* UTB Profile.

Rauchfleisch U. (2006) Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reiche R. (1997) Gender ohne Sex. Geschichte, Funktion und Funktionswandel des Begriffs „Gender“. *Psyche*, 51 (9/10), 926-957.

Reis E. (2007) Divergence or disorder? The politics of naming intersex. *Perspectives in Biology and Medicine,* 50(4), 535-543.

Richter-Appelt H. (2004) Vom Körper zur Geschlechtsidentität. In: Richter-Appelt H., Hill A. (Hrsg.): Geschlecht zwischen Spiel und Zwang. Gießen: Psychosozial-Verlag; 93-112.

Richter-Appelt H. (2007a) Männerfantasien: Heilige und Hure. In: Bick M., Borchard B., Hottmann K., Warnke K. (Hrsg.). Modell Maria. Hamburg: von Bockel Verlag.

Richter-Appelt H. (2007b) Intersexualität. Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundes-gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 50(1), 52-61.

Richter-Appelt H., Schweizer K.. (2010) Intersexualität oder Störung der Geschlechtsentwicklung: Zur Behandlung von Personen mit nichteindeutigem körperlichen Geschlecht. *Psychotherapeut,* 55, 36-42.

Schönbucher V., Schweizer K., Brunner F., Schützmann K., Rustige L., Richter-Appelt H. (2010) Sexual quality of life in 46, XY individuals with DSD. *Journal of Sex Medicine.*

Schützmann K., Brinkmann L., Schacht M., Richter-Appelt H. (2009) Psychological distress, self-harming behavior and suicidal tendencies in adult persons with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior,* 38(1), 16-33.

Schweizer K., Brinkmann L., Richter-Appelt H. (2007) Zum Problem der männlichen Geschlechtszuweisung bei XX-chromosomalen Personen mit AGS. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 20(2), 145-161.

Schweizer K., Brunner F., Schützmann K., Schonbucher V., Richter-Appelt H. (2009) Gender identity and coping in female 46, XY adults with androgen biosynthesis deficiency (intersexuality/DSD). *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 189-201.

Schweizer K., Richter-Appelt H. (2009) Leben mit Intersexualität: Behandlungserfahrungen, Geschlechtsidentität und Lebensqualität – Aktuelle Ergebnisse der Hamburger Studie. *Psychotherapie im Dialog,* 10 (1), 19–24.

Shaffer D.R. (1994) *Social and Personality Development*. Pacific Grove, Ca.: Brooks/Cole Publishing Company.

Sigusch S. (2005) Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Frankfurt/M.: Campus.

Sigusch S. (2008) *Geschichte der Sexualwissenschaft*. Frankfurt/M.: Campus.

Stoller R. (1968) Sex and Gender. On the development of masculinity and femininity. London: Hogarth Press.

Thyen U., Lanz K., Holterhus P. M., Hiort O. (2006) Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany. *Hormone Research,* 66(4), 195-203.

Trautner H.M. (1992) Entwicklung von Konzepten und Einstellungen zur Geschlechtsdifferenzierung. *Bildung und Erziehung*, 45 (1), 47 – 62.

Trautner H.M. (1996) Die Bedeutung der Geschlechtskategorien im Jugendalter. In: Schumann-Hengsteler, R., Trautner, H.M. *Entwicklung im Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Tyson P., Tyson R.L. (2009) Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungs-psychologie. Stuttgart. Kohlhammer [1997].

Weitze C., Osburg S. (1996) Empirical Data on Epidemiology and Application of the German Transsexual Act during its first ten years. Archives of Sexual Behavior 25: 409-425.

White T., Ettner R. (2004) Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 16 (4), 215-221.

DWHO (World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Anhang

Die Anthologie „Intersex: Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes?“ (Groneberg & Zehnder, 2008), an der auch die Hamburger Forschergruppe Intersexualität mitgewirkt hat, enthält Behandlungsempfehlungen, die sich auf die Bereiche (1) Erziehungsgeschlecht, (2) Diagnostik, Unterstützung und Betreuung der Betroffenen und ihres Umfelds, (3) Informationspolitik, (4) Chirurgische Eingriffe, (5) Recht, und (6) Wissenschaft und Forschung beziehen. Insgesamt 31 Empfehlungen werden ausgesprochen, die besonders auch die Patientenrechte berücksichtigen (z.B. auf körperliche und psychische Unversehrtheit und eine offene Zukunft).

Hervorgehoben wird, dass eine endgültige Festlegung des Geschlechts bei einem Kind mit unklarer Prognose zwar offen gehalten werden sollte; gleichzeitig sollte es kohärent in einem Geschlecht behandelt werden, solange es keine Widerstände gegen die Geschlechtszuweisung zeigt. Empfohlen wird auch die öffentliche Förderung der therapeutischen Begleitung Betroffener und Angehöriger durch Beratungs- und Informationsstellen. Hinsichtlich medizinischer Eingriffe wird unterstrichen, dass diese nur durchzuführen sind, wenn sie medizinisch zwingend indiziert sind. Ebenso wird eine umfassende medizinische Aufklärung gefordert, die auch Hinweise auf die konkreten Konsequenzen verschiedener Behandlungsoptionen (z.B. Nebenwirkungen von Hormonersatztherapien) beinhaltet. Schließlich richten sich die Empfehlungen an die Wissenschaft: Diese soll trans- und interdisziplinär sein und Betroffene in den Forschungsprozess einbeziehen.

Soziale Umwelt und sexuelle Identitätsbildung

Privatdozent Dr. med. Andreas Hill

I. Einleitung

Vorausgeschickt sei diesem Beitrag über die sozialen und psychischen Einflüsse auf die Entwicklung der sexuellen Identität der Hinweis, dass biologische Geschlechts-Unterschiede zwischen Frau und Mann nicht nur chromosomal (XY, XX-Chromosomensatz und Variationen), im allgemeinen äußeren Erscheinungsbild (Gesicht, Körperbau) und in den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen (Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Scheide und Penis, Brust, Haarwuchs etc.) nachweisbar sind, sondern auch im Gehirn, und damit auch in motorischen und kognitiven Fähigkeiten, im Verhalten, Wahrnehmen, Denken und Fühlen. Für die Entwicklung eines geschlechtsspezifischen Gehirns (sog. „brain-sex") spielen auch pränatale – v.a. genetische und hormonelle – Einflüsse eine erhebliche Rolle (Lit. bei Hines 2004), die wiederum auf die Entwicklung der geschlechtlichen und sexuellen Identität und die sexuelle Orientierung einwirken. Auf diese biologischen Einflüsse wird etwas ausführlicher weiter unten eingegangen (ergänzend der der Beitrag von Katinka Schweizer in diesem Band). Meine Überlegungen fokussieren die psychosozialen Einflüsse auf die Entwicklung von sexueller Identität und v.a. sexueller Orientierung, versuchen am Ende aber eine Integration mit zentralen Befunden und Theorien zu biologischen Wirkfaktoren.

II. Begriffe und Definitionen im Überblick

Zunächst einige Bemerkungen zur Terminologie: *Sexuelle Identität* wurde von dem Sexualwissenschaftler Savin-Williams (1995) definiert als „überdauerndes Erleben eines Individuums als ein sexuelles Wesen, das zu einer kulturell geschaffenen Kategorie passt und den sexuellen Phantasien, Orientierungen und Verhaltensweisen Rechnung trägt". Diese Definition weist schon auf die Bedeutung kultureller und historischer Einflüsse hin. Sexuelle Identität ist der weiter gefasste Begriff, der jenen der *sexuellen Orientierung* – mit dem i.d.R. die Präferenz für das Geschlecht des Sexualpartners (hetero-, homo- oder bisexuell) bezeichnet wird – einschließt, aber nicht darauf beschränkt ist. Der Begriff der *sexuellen Präferenz* – als Teil der sexuellen Identität, die m.E. auch die eigene Geschlechtsidentität beinhaltet – zielt aber auch auf andere Merkmale des begehrten Partners als nur dessen Geschlecht. Präferenz kann sich in seltenen Fällen auch auf die Gattung beziehen – es gibt Menschen, die sich zu Tieren sexuell hingezogen fühlen (Zoophilie) –, auf das Alter des Partners (z.B. kindliche oder deutlich ältere Partner, z.B. Pädo- oder Gerontophilie), auf unbelebte Objekte (Fetischismus) oder auf andere körperliche Merkmale – es gibt Menschen, die begehren nur braune oder blonde Frauen bzw. Männer –, aber auch auf die Art der sexuellen Praktiken (z.B. Sadomasochismus) oder auch auf den Ort der sexuellen Handlungen. Gerade im Verlauf der letzten 10 bis 20 Jahre sind manche eher ungewöhnlichen sexuellen Praktiken und Vorlieben durch ihre mediale Präsentation (Fernsehen, Internet) auch einem breiteren Publikum bekannt und z.T. auch entstigmatisiert worden. Für manche Personen sind solche Praktiken nicht nur eine Spielart in einem breiteren Repertoire, sondern ein wichtiger Bestandteil ihrer – sexuellen – Identität; beispielsweise sehen sie sich dann als „Sadomasochisten", schließen sich mit Gleichgesinnten zusammen und bilden eine „Subkultur" aus.

III. Sexuelle Orientierung im Besonderen

In diesem Beitrag geht es jedoch vorwiegend um die Einflüsse auf die *sexuelle Orientierung*, also die Präferenz für gegen- oder bzw. und gleichgeschlechtliche Partner. Aber auch dieser Begriff ist nicht so eindeutig, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. An was macht man die sexuelle Orientierung fest? Drei Möglichkeiten stehen zur Verfügung:

1. Verhalten (Geschlecht des Partners bei sexuellen Kontakten)
2. Selbst-Identifikation
3. Fantasien, Wünsche, sexuelle Erregbarkeit

1. Wie bestimmt und „misst" man sexuelle Orientierung?

Beurteilen wir die sexuelle Orientierung alleine nach dem Verhalten, ergibt sich folgendes Problem: Eine Person, die fast ausschließlich homosexuelle Phantasien hat, aber nur heterosexuelle PartnerInnen, müsste als heterosexuell gelten, wenngleich sein oder ihr Verhalten alleine durch gesellschaftliche (z.B. religiöse oder juristische) Bedingungen bestimmt ist – z.B. ein heterosexuell sich gebender ‚homosexueller' Mann in einem streng islamischen Land oder ein heterosexueller Gefängnisinsasse, der mangels Alternativen sexuelle Kontakte mit einem Mitgefangenen eingeht. Ähnliche Probleme können sich ergeben, wenn man sexuelle Orientierung alleine an der Selbstidentifikation festmachen würde, d.h. ob sich jemand selbst z.B. als ‚schwul' oder ‚lesbisch' bezeichnet. Hier sei wiederum auf z.B. islamische Kulturen hingewiesen, wo ein Mann so lange nicht als ‚homosexuell' bzw. ‚schwul' gilt, wie er bei gleichgeschlechtlichen Kontakten der aktive Partner (z.B. beim Analverkehr) ist. Das dritte Merkmal zur Beurteilung der sexuellen Orientierung sind die Fantasien, die Wünsche, das Verlangen und Begehren, das sich physiologisch z.T. in der sexuellen Erregbarkeit auf entsprechende (visuelle) Stimuli manifestiert. Dies wird in der Sexualwissenschaft als der aussagekräftigste Marker für sexuelle Orientierung angesehen, man kann hier auch von der Disposition (in Abgrenzung zum Verhalten und zur Selbstidentifikation) sprechen. Die sexuelle Erregbarkeit kann man physiologisch, z.B. beim Mann mit Hilfe der Penisplethysmographie, bestimmen, bei der Versuchspersonen verschiedene visuelle oder auch auditive Stimuli (z.B. über Männer oder Frauen unterschiedlicher Altersgruppen, inkl. Kinder) präsentiert und die Veränderung des Penisumfangs oder -volumens gemessen wird.

Um der Komplexität der Merkmale und Manifestationen der sexuellen Orientierung gerecht zu werden, hat der Sexualwissenschaftler Klein ein Raster erstellt, das auch eine Zeitachse beinhaltet, um Veränderungen im Lebenslängsschnitt abbilden zu können und z.B. dem Prozess des ‚coming-outs' Rechnung zu tragen (Klein 1985, s. Abb. 1).

	Vergangenheit	*Gegenwart*	*Ideal*
Sexuelle Anziehung			
Sexualverhalten			
Sexuelle Fantasien			
Emotionale Vorliebe			
Soziale Vorliebe			
Selbstidentifizierung			
hetero-/homosexueller Lebensstil			

Einstufung der Geschlechtspräferenz in das Raster nach folgender Skala:
1: nur anderes Geschlecht
2: meist anderes Geschlecht
3: etwas mehr anderes Geschlecht
4: beide Geschlechter gleich stark
5: etwas mehr gleiches Geschlecht
6: meist gleiches Geschlecht
7: nur gleiches Geschlecht

Abbildung 1: Klein Sexual Orientation Grid (Klein 1985)

Man kann nun ein Individuum in ein solches Raster einordnen, und es können dabei durchaus erhebliche Diskrepanzen in den verschiedenen Bereichen sichtbar werden. Gerade wenn man die sozialen und kulturellen Einflüsse – z.B. auf Verhalten, Lebensstil und Selbstidentifikation – beiseite schieben will, sind sexuelle Anziehung und sexuelle Phantasien, auch die emotionale Vorliebe, als zentrale Merkmale der sexuellen Orientierung hervorzuheben.

Aber auch homosexuelle Männer – und Frauen – haben neben der Präferenz für das gleiche Geschlecht noch andere sexuelle Vorlieben / Präferenzen, die möglicherweise Teil ihrer sexuellen Identität sind. Stein (1999) hat dafür aus der nordamerikanischen Subkultur der „Schwulen" verschiedene Termini aufgeführt, die zwar auch humoristische Züge tragen, aber die Komplexität des Begriffs der sexuellen Identität recht gut veranschaulichen: So versteht man unter einer „Snow Queen" einen homosexuellen Mann, der weiße Männer begehrt; unter einer „Rice Queen" einen homosexuellen Mann, der auf asiatische Männer steht; „Chicken Hawk" (englisch für Hühnchen-Falke) ist eine etwas euphemistische Bezeichnung für einen Mann, der Jungen begehrt (also einen pädophilen homosexuellen Mann), eine „Prune Queen" (*prune* ist das englische Wort für eine – runzelige – Zwetschge)

hingegen bezeichnet jemanden, der ältere Männer bevorzugt, und eine „Size Queen“ einen schwulen Mann, dem es nach Partnern mit einem besonders großen Penis gelüstet.

Selbst wenn man sich aber auf bestimmte Merkmale für die sexuelle Orientierung begrifflich geeinigt hat, bleibt noch die Frage der Stärke bzw. der dimensionalen Ausprägung der sexuellen Orientierung. Dem trägt schon das Raster von Klein Rechnung, das letztlich auf die nach dem Pionier der Sexualwissenschaften Alfred Kinsey benannte siebenstufige Kinsey-Skala zurückgeht, die dieser anhand einer großen, repräsentativen Bevölkerungsbefragung in den USA in den 1940er Jahren entwickelt und validiert hat. Kinsey und Mitarbeiter (1948) gingen von einem Kontinuum aus von 0 (ausschließlich heterosexuell ohne jede homosexuelle Neigung) bis hin zu 6 (ausschließlich homosexuell ohne jede heterosexuelle Tendenz), mit allen Zwischenstufen, wobei die Kinsey-Skala 3 die mehr oder weniger gleichstark homosexuell wie heterosexuell empfindenden Personen umfasst. Personen der Skala 3, aber auch der Skalen 2 und 4 (oder in einem weiteren Sinne sogar der Skalen 1 und 5) könnte man als Bisexuelle bezeichnen.

Zur Häufigkeit homosexueller Orientierung geben einige neuere repräsentative Untersuchungen aus westlich-demokratischen Ländern Aufschluss: Demnach haben 2 – 3 % der sexuell aktiven Männer und 1 – 2 % der sexuell aktiven Frauen ausschließlich gleichgeschlechtliche SexualpartnerInnen; wenn man die Homo- und Bisexuellen zusammen nimmt, sind das 5 – 6 % der Männer und 4 – 5 % der Frauen (Übersicht bei Bancroft 2009, S. 268-270).

2. Einflussfaktoren auf die Entwicklung der sexuellen Orientierung

Wendet man sich nun den ‚Ursachen' der Homosexualität zu, sollen zunächst die Vorstellungen in der Bevölkerung aufgezeigt werden, da sie den gesellschaftlichen Umgang mit Homosexuellen beeinflussen. In einer Untersuchung von Herek (2002) wurde Homosexualität am häufigsten als ein selbst gewählter Lebensstil angesehen: bei weiblicher Homosexualität waren es 53 % (Frauen) bzw. 63 % (Männer), bei männlicher Homosexualität 43 % (Frauen) bzw. 54 % (Männer); am zweithäufigsten wurde Homosexualität als etwas Angeborenes angesehen (weibliche Homosexualität: 34 % bei Frauen bzw. 23 % bei Männern; männliche Homosexualität 42 % bei Frauen bzw. 30 % bei Männern), während Erziehung und Umwelt als relativ unbedeutend angesehen werden (weibliche Homosexualität: 6 % bei Frauen bzw. 5 % bei Männern; männliche Homosexualität 7 % bei Frauen bzw. 8 % bei Männern).

Verschiedene psycho-soziale Einflüsse auf die Entwicklung der sexuellen Identität – und im engeren Sinn auf die sexuelle Orientierung – sind zu untersuchen. Simon und Gagnon (1986) haben den Begriff der „sexuellen Skripte“ geprägt, den man auch als Synonym für sexuelle Identität auffassen kann. Haeberle (2005) hat versucht, die verschiedenen Einflussfaktoren systematisch aufzulisten: Neben den

Eltern und Freunden (peer-group) kommen die Schule, Religion, Medien (Fernsehen, Internet, Presse etc.) wie auch Bücher, Filme, Theater etc. in Betracht.

Von psychologischer, besonders psychoanalytischer Seite wird den frühen Kindheitserfahrungen eine besondere Bedeutung für die gesamte psychosoziale Entwicklung, auch die der sexuellen Identität, zugeschrieben (Übersicht bei Mertens 1997). Zum einen macht der Säugling bzw. das Kleinkind sensorische und motorische Erfahrungen mit seinem eigenen Körper, für die Sexualität sind dabei v.a. die orale, anale, urethrale, klitoridal-vaginale bzw. phallische Zone von Bedeutung. Ein großer Teil dieser Erfahrungen wird im Kontakt und in der Interaktion mit den primären Bezugspersonen, i.d.R. mit Mutter und Vater gemacht. Dabei spielen bewusste und unbewusste mütterliche und väterliche Erwartungen bzgl. der Geschlechts- und sexuellen Identität des Kindes eine wichtige Rolle im Sinne von Übertragungen und Delegationen, über die beispielsweise die typischen Geschlechtsrollen eines Mädchens bzw. Jungen vermittelt werden. Viele dieser Einflüsse vollziehen sich nonverbal und körpersprachlich (vgl. dazu auch den Beitrag von Katinka Schweizer in diesem Band). Das Lernen der Geschlechtsrolle vermittelt sich z.B. über die Art des Sprechens, das Schmusen mit einem Kind, natürlich über Spielzeug, Kleidung, insgesamt also über die Förderung bzw. Abwertung rollenspezifischer Aktivitäten. In empirischen Untersuchungen zum geschlechtstypisierenden Verhalten von Eltern wiesen Fagot und Hagan (1991) nach, dass im Alter von 12 und 18 Monaten Söhne häufiger als Töchter positive Reaktionen erhielten, wenn sie mit jungentypischem Spielzeug spielten oder sich aggressiv verhielten; Mütter reagierten häufiger positiv beim Spiel mit mädchentypischem Spielzeug als Männer – bei einjährigen Mädchen wie Jungen. Im Alter von 18 Monaten erhielten Jungen häufiger negative Reaktionen, wenn sie zu kommunizieren versuchten, Mädchen hingegen wurden dafür mit positiven Reaktionen belohnt. Väter gaben zu diesem Zeitpunkt häufiger positive Rückmeldungen auf grobmotorisches Spiel – sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen – und Mütter häufiger Erklärungen, wenn Kinder zu kommunizieren versuchten. Wenn die Kinder fünf Jahre alt waren, unterschieden die Eltern nicht mehr in ihren Reaktionen zwischen Jungen und Mädchen, allerdings reagierten die Väter weiter positiver auf grobmotorisches Spiel. Möglicherweise ist zu diesem Zeitpunkt eine geschlechtstypisierende Interaktion mit den Jungen und Mädchen nicht mehr notwendig, weil sich deren Geschlechtsidentität bis dahin verfestigt hat und keiner weiteren Verstärkungen von außen bedarf. Trotzdem sollte man diese Ergebnisse nicht voreilig als Beweis für die – alleinige – Prägung der Geschlechtsidentität und -rolle durch die Eltern deuten, da durchaus biologische, konstitutionelle Gegebenheiten von Mädchen und Jungen (Aussehen, Temperament, motorische und sprachliche Fähigkeiten, Interessen) eine ‚passende' geschlechtsrollenkonforme Reaktion der Eltern bedingen, im Sinne einer wechselseitigen Interaktion. Die Frage, was hier Henne oder Ei ist, bleibt damit noch offen. Daneben bzw. in Verbindung mit diesen Einflüssen durch die primären Bezugspersonen entwickeln sich dann auch die Selbstkategorisierungen, d.h. Geschlechtsrollen werden verinnerlicht und kognitiv reprä-

sentiert. Wichtig sind dabei Symbolisierung, Differenzierung und Konstanzbildung.

Kommen wir nun zu psychologischen Erklärungen hinsichtlich der Entwicklung der sexuellen Orientierung. Zunächst ist hervorzuheben, dass Freud (1915/1961) von der prinzipiellen Befähigung aller Menschen zu einer gleichgeschlechtlichen „Objektwahl" (Partnerwahl) ausging und somit für ihn „das ausschließliche sexuelle Interesse des Mannes für das Weib ein der Aufklärung bedürftiges Problem und keine Selbstverständlichkeit" darstellte (Freud 1915/1961, S. 22). Laut der psychoanalytischen Theorie, die sich in dieser Frage über viele Jahrzehnte hinweg hauptsächlich auf die Erklärung der männlichen Homosexualität beschränkte, führt eine starke Mutter-Sohn-Symbiose, u.a. vermittelt durch starken Körperkontakt, zu einem feminineren Verhalten der später homosexuellen Männer. Diese Symbiose erschwere oder verunmögliche die in jedem Entwicklungsprozess notwendige Desidentifizierung des Sohnes von der Mutter. Allerdings finden sich dafür kaum empirische Belege. In einer vergleichenden Untersuchung zur Familienkonstellation bei homo- und heterosexuellen männlichen Psychotherapie-Patienten fanden Bieber und Mitarbeiter (1962) wie auch Evans (1969) bei den homosexuellen Patienten häufiger als bei den Heterosexuellen eine enge Beziehung zu einer dominanten und überprotektiven Mutter und eine distanzierte Beziehung zu einem ablehnenden und feindseligen Vater (28 % versus 11 %); bemerkenswert ist, dass diese Konstellation somit auch nur bei etwa gut einem Viertel der homosexuellen Patienten vorlag. In einer späteren, ähnlichen Untersuchung mit homo- und heterosexuellen Männern mit niedrigem Neurotizismus konnten diese Unterschiede nicht mehr nachgewiesen werden (Siegelman 1981, ähnlich auch Bell et al. 1981), lediglich ergaben sich gewisse Hinweise auf stärker fordernde Mütter und ein distanzierteres Verhältnis zum Vater bei den homosexuellen Männern (Siegelman 1981). Eine plausible Erklärung für diesen Unterschied ist aber durchaus, dass z.B. das distanziertere Verhältnis zum Vater eher eine Reaktion auf das Anderssein des (prä-)homosexuellen Jungen ist als die Ursache für dessen sexueller Orientierung. Interessanterweise hat sich die neuere psychoanalytische Forschung – etwa seit den 1990er Jahren, d.h. parallel mit der Streichung von Homosexualität als psychische Störung aus dem amerikanischen Krankheitsklassifikationssystem (DSM) und mit der zunehmenden und selbstbewussteren Präsenz von offen homosexuellen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern – weitgehend von der Erforschung der Ursachen von Homosexualität verabschiedet, sondern mehr auf die Beschreibung der spezifischen Entwicklungswege, auf eine nichtwertende Beobachtung atypischen Geschlechtsrollenverhaltens und die Bedeutung von individuellen und gesellschaftlichen Diskriminierungseffekten konzentriert (Überblick bei Stakelbeck und Frank 2006).

Ein empirischer Befund aus der Homosexualitätsforschung ist der kleine, aber statistisch nachweisbare sog. „Ältere-Brüder-Effekt": Je größer die Zahl älterer Brüder, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Junge homosexuell ist bzw. wird. So liegt die Chance eines erstgeborenen Sohnes, homosexuell zu sein,

bei 2 %, beim fünftgeborenen Sohn schon bei 6 % (Blanchard 2001). Von Seiten der kanadischen Forschergruppe, die diese Untersuchungen maßgeblich vorangetrieben hat, wird eine biologische Hypothese für diesen Befund angeboten: Die Mutter entwickelt während der Schwangerschaft mit einem männlichen Fötus eine Immunreaktion (Antikörper) gegen dessen „fremdes" Geschlecht, die sich mit jeder weiteren Schwangerschaft mit einem Jungen verstärkt. Diese Antikörper sollen dann eine typisch männliche, d.h. heterosexuelle Entwicklung des Fötus bzw. Jungen beeinträchtigen und z.B. zu einer Feminisierung des Gehirns führen. Allerdings konnten bisher weder eine solche spezifische Immunreaktion noch entsprechende Antikörper nachgewiesen werden. Es sind aber auch psychologische Erklärungen dieses Befundes plausibel: So könnten Mütter, die mehrere Söhne haben, bei weiteren Söhnen ein geschlechtsrollen-atypisches, d.h. feminines Verhalten – quasi als Ersatz für eine Tochter – fördern und somit zu einer homosexuellen Entwicklung beitragen, möglicherweise kommt eine solche, die entsprechende sexuelle Orientierung fördernde Wirkung auch dem engen, brüderlichen Kontakt zu gleichgeschlechtlichen Geschwistern zu.

Von kognitiv-behavioraler Seite wurde u.a. ein Lernen am Modell als mögliche Ursache für Homosexualität diskutiert. Allerdings werden Kinder, die bei homosexuellen Eltern aufwachsen, nicht häufiger homosexuell, sie zeigen aber eine höhere Toleranz gegenüber gleichgeschlechtlicher Sexualität und Partnerwahl und eine geringere Geschlechtsrollentypisierung (Stacey und Biblartz 2001, Tasker 2005, Patterson 2009). Auch werden homosexuelle Männer und Frauen nicht häufiger als ihre heterosexuellen Geschlechtsgenossen in der Kindheit oder Adoleszenz sexuell missbraucht, und es findet sich keine erhöhte Prävalenz von Homosexualität in liberaleren, toleranten Gesellschaften, wohl aber ist dort Homosexualität in der Öffentlichkeit sichtbarer. Untersuchungen des Hamburger Sexualwissenschaftlers Gunter Schmidt zeigten im Gegenteil, dass in Deutschland bei jugendlichen Männern und Frauen homosexuelles Verhalten im Laufe der letzten Jahrzehnte abgenommen hat (Schmidt und Mitarbeiter 1994). Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte, z.B. auch als Ausprobieren und Finden der eigenen sexuellen Identität, in der Adoleszenz schwieriger geworden sind in einer Gesellschaft, in der mit einem homosexuellen Kontakt sehr viel schneller eine umfassendere schwule oder lesbische Identität verknüpft wird, die der oder die Jugendliche als Zuschreibung und Festlegung vermeiden will.

3. Geschlechtsrollen-Nonkonformität bei Homosexuellen

Einer der eindeutigsten und stabilsten Befunde zur Entwicklung von sexueller Orientierung ist das geschlechtsrollen-atypische bzw. -nonkonforme Verhalten und Empfinden von prä-homosexuellen Jungen und Mädchen bzw. Männern und Frauen. So konnte die schon zitierte Arbeitsgruppe um den Psychoanalytiker Bieber (Bieber und Mitarbeiter 1962) in ihrer retrospektiven Untersuchung an Patienten zeigen, dass homosexuelle Männer deutlich häufiger „effeminiert" waren als

heterosexuelle. Bell und Mitarbeiter (1981) fanden in einer retrospektiven Studie mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung heraus, dass homosexuelle Männer im Vergleich zu heterosexuellen häufiger eher mädchentypische Aktivitäten in der Kindheit zeigten (Zeichnen, Lesen, Spielen mit Puppen, Gummitwist), zeitweise Mädchenkleidung anzogen (sog. Cross-Dressing) und sich weniger maskulin, dafür häufiger sehr passiv und unterwürfig erlebten, während die heterosexuellen Männer häufiger von jungentypischen Spielen (Basket- und Football) berichteten und sich als Kind häufiger maskulin und stark fühlten. Bei homosexuellen Männern und Frauen fanden sich im Vergleich zu den heterosexuellen Geschlechtsgenossen in der Kindheit häufiger geschlechtsrollen-atypisches Verhalten, eine unsichere Geschlechtsidentität und häufiger Kontakte mit gegengeschlechtlichen Peers (Abb. 2). Allerdings weisen die Ergebnisse dieser Untersuchung auch darauf hin, dass es große Überlappungen zwischen beiden Gruppen gibt und keines dieser Merkmale eindeutig für eine Zuordnung zu homo- bzw. heterosexueller Orientierung ist.

	Homosex. Männer %	Heterosex. Männer %	Homosex. Frauen %	Heterosex. Frauen %
Wenig Freude an für das eigene Geschlecht typischen Aktivitäten	63	10	63	15
Viel Freude an nicht für das eigene Geschlecht typischen Aktivitäten	48	11	81	61
Untypische Selbstdefinition (wäre lieberein Mädchen / Junge gewesen)	56	8	80	24
Die meisten Freunde /innen gehörten dem anderen Geschlecht an	42	13	60	40

Abbildung 2: Geschlechtsrollen-Konformität und sexuelle Orientierung: Retrospektive Untersuchungen an Männern in der Allgemeinbevölkerung (Bell und Mitarbeiter 1981)

Diese Befunde zur Geschlechtsrollen-Nonkonformität bei Homosexuellen werden auch durch eine der wenigen prospektiven Studien gestützt: Green (1985) konnte zeigen, dass Jungen, die in der Kindheit oder Jugend wegen eines effeminierten Verhaltens in einer Sprechstunde für Geschlechtsidentitätsstörungen vorgestellt worden waren, zum größten Teil (68 %) später eine bi- oder homosexuelle Orientierung entwickelten (43 % wurden vorwiegend oder ausschließlich homosexuell).

4. Biologische Befunde und Theorien

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass einer der wenigen signifikanten ‚Marker' für eine spätere homosexuelle Orientierung ein geschlechtsrollenatypisches Verhalten und Empfinden schon in Kindheit und Jugend ist. Allerdings ist damit noch nicht geklärt, wie es zu dieser Geschlechtsrollen-Nonkonformität kommt. Wahrscheinlich spielen hier – neben den schon erörterten familiären Einflüssen – biologische Ursachen eine große Rolle. Die entsprechenden Befunde hierzu seien wenigstens kurz dargestellt (vgl. hierzu auch den Beitrag von Katinka Schweizer in diesem Band):

Grundannahme der biologischen Erklärungsmodelle ist, dass die Geschlechtsrollen-Atypie und die spätere homosexuelle Orientierung Folgen einer atypischen Einwirkung von Geschlechtshormonen, v.a. der für die männliche Entwicklung bedeutsamen Androgene (Testosteron, Dihydrotestosteron u.a.), während der fetalen Entwicklung sind. Diese Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass homosexuelle Männer weiblicher sind als heterosexuelle Männer und homosexuelle Frauen männlicher als heterosexuelle Frauen. Dieses Modell hat schon einer der Begründer der Sexualwissenschaft, Magnus Hirschfeld, Ende des 19. Jahrhunderts in seiner Theorie der sexuellen Zwischenstufen entworfen (Hirschfeld 1914). Die Ursachen für diese unterschiedliche Androgeneinwirkung können genetisch sein, es können aber auch exogene Einflüsse sein, z.B. in der Schwangerschaft als Medikament zugeführte Hormone oder Stress (Übersicht bei Hines 2004, Bancroft 2009). Es gibt unterschiedliche Marker für diese Androgeneinwirkungen: So beeinflussen sie die Relation der Länge von Zeige- und Ringfingerlänge (sog. „2D/4D ratio"), die Entwicklung bestimmter Hirnregionen (z.B. im Hypothalamus), neurophysiologische Marker wie auch motorische und kognitive Fähigkeiten (Koordination, visuell-räumliche Fähigkeiten, cerebrale Asymmetrie u.a.). Besonders Untersuchungen an intersexuellen Menschen, die z.T. atypischen pränatalen Geschlechtshormonkonzentrationen ausgesetzt waren und später häufiger eine homosexuelle Orientierung entwickelten, stützen dieses Erklärungsmodell. Allerdings finden sich bei Erwachsenen keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern oder Frauen. Dies spricht also dafür, dass ein Einfluss der Geschlechtshormone auf die Entwicklung der sexuellen Orientierung eher während der frühen strukturellen Hirnentwicklung eine Rolle spielen könnte. Die Hypothese, dass mütterlicher Stress während der Schwangerschaft zu einer homosexuellen Orientierung des Kindes führen kann, konnte bisher nicht empirisch belegt werden.

Neben möglichen Einflüssen des pränatalen Geschlechtshormonstatus gibt es einige Belege für genetische Grundlagen bzw. Prädispositionen der sexuellen Orientierung. In verschiedenen Geschwister- und Zwillingsstudien lag die Erklärung der Varianz durch erbliche Einflüsse bei Frauen zwischen 0.15 bis 0.76 und bei Männern zwischen 0.31 bis 0.74, was insgesamt einen beachtlichen genetischen Einfluss wahrscheinlich macht (Übersicht bei Bailey und Pillard 1995). In einer

großen Geschwister- und Zwillingsstudie in den USA betrug der erbliche Anteil der Varianzaufklärung 0.62 (Kendler und Mitarbeiter 2000). Bei den dort untersuchten 2907 Geschwisterpaaren und 794 Zwillingspaaren betrug die Häufigkeit einer „nicht-heterosexuellen Orientierung" 3,1 % bei den Männern und 2,5 % bei den Frauen. Die Übereinstimmung für eine „nicht-homosexuelle Orientierung" lag bei zweieiigen Zwillingen bei 13,3 %, bei eineiigen Zwillingen hingegen bei 31,6 % (Kendler und Mitarbeiter 2000). Dies spricht aber auch gegen eine rein genetische Determination der homosexuellen Orientierung, da die Übereinstimmung bei eineiigen Zwillingen eben nicht bei 100 % liegt. Untersuchungen zu möglichen Genorten ergaben bisher keine konsistenten, replizierbaren Befunde (so wurde die q28-Region auf dem X-Chromosom als ein möglicher Genort für die Determinierung von Homosexualität angesehen, Hamer und Mitarbeiter 1993, für eine Übersicht siehe Rahman und Wilson 2003). Allerdings ist ein so komplexes und in der Ausprägung unterschiedliches Merkmal wie Homosexualität bzw. sexuelle Orientierung wahrscheinlich ein polygenetisch determiniertes Phänomen, vergleichbar mit Intelligenz. Wahrscheinlich sind neben einer genetischen Prädisposition eben noch viele andere Einflüsse möglich und notwendig, um zu einer homosexuellen bzw. heterosexuellen oder bisexuellen Orientierung zu führen. LeVay und Hamer (1994) haben einen solchen genetisch bedingten Entwicklungsweg modellhaft für die von ihnen untersuchte Genregion skizziert (Abb. 3).

q28-Region auf X-Chromosom

⇓

Synthese eines bestimmten Proteins

⇓

spezifische pränatale Hormonsekretion

⇓

spezifische Region im Hypothalamus

⇓

Disposition für homosexuelles Verhalten

Abbildung 3: Genetisches Erklärungsmodel für Homosexualität (nach LeVay und Hamer 1994)

5. Integrative Erklärungsmodelle

Letztlich gehen mittlerweile auch viele Theorien über die psychologischen und sozialen Einflüsse auf die Entwicklung der sexuellen Orientierung davon aus, dass es eine biologisch – z.B. genetisch – bedingte Disposition dafür gibt, die dann zu weiteren Interaktionen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt führt und dadurch gefördert oder abgeschwächt wird. So gehen Sexualwissenschaftler wie Isay (1989) und Dannecker (2006) von folgendem Entwicklungsmodell – exemplarisch für homosexuelle Männer bzw. Jungen – aus (Abb. 4): Ein – wie auch immer – biologisch verankertes homosexuelles Begehren richtet sich zunächst auf die primäre männliche Bezugsperson, i.d.R. also auf den Vater. Der (prä-)homosexuelle Sohn entwickelt ein geschlechtsrollenatypisches, feminines Verhalten, um den (in der Regel) heterosexuellen Vater im Sinne der ödipalen Entwicklung „zu verführen". Der Vater (und oft ein Großteil der Umwelt) reagieren darauf mit Ablehnung oder zumindest Distanzierung; zudem tritt der Junge in Rivalität mit der Mutter. Aus dieser Konstellation resultiert ein oft tiefgreifendes Gefühl des Andersseins – im Vergleich zu anderen Jungen bzw. Männern.

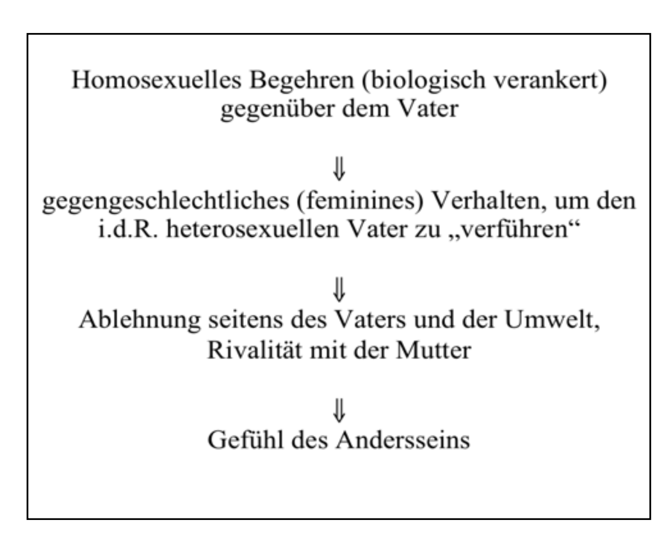


Abbildung 4: Modell der psychischen Entwicklung (prä-)homosexueller Jungen (nach Isay 1990 und Dannecker 1996)

Auch ein weiteres sozial-psychologisches Entwicklungsmodell der Homosexualität rekurriert auf zugrundeliegende biologische Dispositionen. Bem (1996, vgl. Abb. 5) sah biologische Faktoren als Grundlage eines bestimmten kindlichen Temperaments, das wiederum zu einer Geschlechts-Nonkonformität führt und schließlich ein Gefühl der Fremdheit gegenüber den gleichgeschlechtlichen Peers erzeugt (diese wurden für den prä-homosexuellen Jungen damit „exotisch"). Dieses Fremdheitsgefühl resultiere laut Bem in einer nicht-spezifischen Erregung und

schließlich in sexuell-erotischen Gefühlen gegenüber gleichgeschlechtlichen Altersgenossen. Aus der Anziehung durch das Fremde, „Exotische“, wird eine erotische Anziehung (exotic-becomes-erotic).

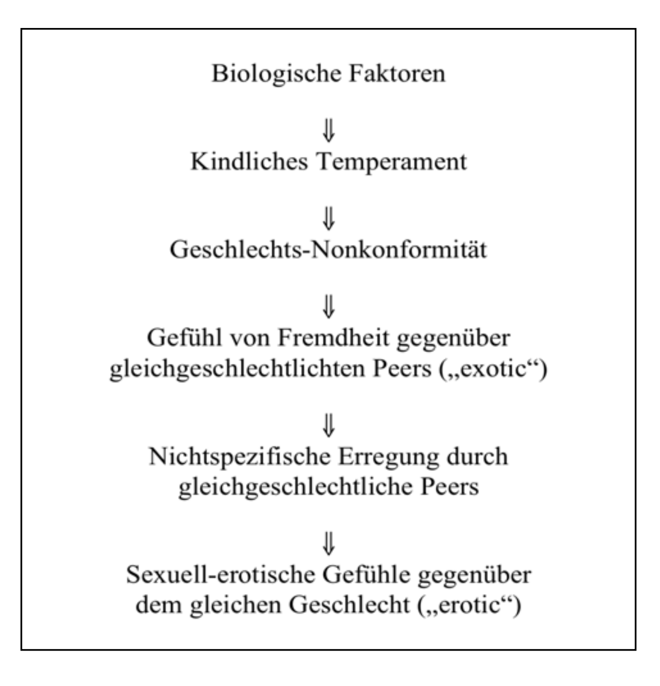


Abbildung 5: „Exotic-becomes-Erotic“ Theorie nach Bem (1996)

6. Soziale Einflüsse und Selbstakzeptanz

Sicher haben auch soziale Einflüsse, z.B. religiöse, juristische und allgemein kulturelle, eine wichtige Bedeutung für die Selbst-Akzeptanz und das psychische Wohlbefinden von homosexuellen Männern und Frauen. Hier zeigt sich im Laufe der Liberalisierung und gestiegenen Toleranz gegenüber sog. sexuellen Minderheiten v.a. seit dem Beginn der 1970er Jahre auch eine gewisse positive Veränderung. In zwei Untersuchungen mit den gleichen Fragestellungen wurden homosexuelle Männer zu ihrer Befindlichkeit beim Coming-Out untersucht (Dannecker und Reiche 1974, Biechele 2001): Während bei der früheren Studie Anfang der 1970er Jahre noch 45 % der Befragten beunruhigt gewesen waren, 25 % dachten, Sex mit Männern sei falsch, und 15 % sich schuldig fühlten, waren es bei der späteren Untersuchung Ende der 1990er Jahre nur noch 38 % bzw. 11 % bzw. 8 %. Kurz vor der Jahrtausendwende waren immerhin 26 % glücklich und 22 % stolz, homosexuell zu sein, während dies ein Vierteljahrhundert davor lediglich 17 % bzw. 4 % angegeben hatten.

IV. Fazit

Fasst man die referierten empirischen Befunde und Erklärungsmodelle zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

1. Sexuelle Orientierung ist nur ein Teil der sexuellen Identität.
2. Sexuelle Orientierung ist ein vielschichtiges Phänomen, neben dem Verhalten und der Selbstidentifikation sind besonders die sexuellen Fantasien und Wünsche bedeutsam.
3. Sexuelle Orientierung steht in engem Zusammenhang mit Geschlechtsrollen-(Non-) Konformität.
4. Wahrscheinlich liegt der Homo- und Heterosexualität eine starke biologische (z.B. genetische) Disposition zugrunde.
5. Daraus lässt sich jedoch kein biologischer Determinismus ableiten.
6. Psycho-soziale Einflüsse sind besonders bedeutsam für die Realisierung eines homosexuellen Begehrens, die Akzeptanz und Selbstidentifikation und für die Ausdrucksformen der sexuellen Orientierung.

Literatur:

Bailey J.M., Pillard R.C. (1995) Genetics of human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research* 6, 126–150.

Bancroft J. (2009) Human Sexuality and its Problems. Edinburgh: Churchill Livingston Elsevier, 3. Aufl.

Bell A., Weinberg M., Hammersmith S.: Sexual Preference (1981) Its Development in Men and Women. Bloomington: Indiana University Press.

Bem D.J.(1996) Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review* 103, 320-335.

Bieber I., Dain H.J., Dince P.R., Drellich M.G., Grand H.C., Gundlach R.H., Kremer M.W., Fikin A.H., Wilbur C.B., Bieber T.B.: Homosexuality (1962) A Psychoanalytic Study. New York: Random House.

Biechele U. (2001) Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer Hilfebedarf. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Beratung von Lesben und Schwulen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, 102-111.

Blanchard R. (2001). Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. Hormon & Behavior 40, 105-114.

Dannecker M. (2006) Probleme der männlichen homosexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme. 4. Aufl., 55-66.

Dannecker M., Reiche R. (1974) Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der BRD. Frankfurt am Main: Fischer.

Evans R.B. (1969): Childhood parental relationships of homosexual men. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 33, 129-135.

Fagot B.I., Hagan R. (1991) Observations of parent reactions to sex stereotyped behaviours. *Child Development* 62, 617-628.

Freud S. (1961) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie und verwandte Schriften. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag (3. Aufl. 1915/1961).

Green R. (1985) Gender identity in childhood and later sexual orientation: follow-up of 78 males. American Journal of Psychiatry 142, 339-341.

Haeberle E.J. (2005) dtv-Atlas Sexualität. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Hamer D.H., Hu S., Magnuson V.L., Hu N., Pattatucci A.M.L. (1993) A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science* 261, 321-327.

Herek G.M. (2002) Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men. *Public Opinion Quarterly* 66, 40-66.

Hines M. (2004) Brain Gender. Oxford: Oxford University Press (2004).

Hirschfeld M. (1914) *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes*. Berlin: Verlag Louis Marcus.

Isay R.A. (1989) Being homosexual: Gay men and their development. New York: Avon Books.

Kendler K.S., Thornton L.M., Gilman S.E., Kessler R.C. (2000) Sexual orientation in a U.S. national sample of twin and nontwin sibling pairs. American Journal of Psychiatry 157, 1843-1846.

Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1948) Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: Saunders.

Klein F., Sepekoff B., Wolf T.J.: Sexual orientation: A multi-variante dynamic process. *Journal of Homosexuality* 11 (1985), 35-49.

LeVay S., Hamer D.H. (1994) Evidence for a biological influence in male homosexuality. Science America 270, 44-49.

Mertens W. (1997) Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.

Patterson C.J. (2009) Children of lesbian and gay parents: psychology, law, and policy. American Psychology 64, 727-736.

Rahman Q., Wilson G.D. (2003) Born gay? The psychobiology of human sexual orientation. *Personality and Individual Differences* 34, 1337-1382.

Savin-Williams R.C. (1995) An exploratory study of pubertal maturation timing and self-esteem among gay and bisexual male youths. *Developmental Psychology* 31, 56-64.

Schmidt G., Klusmann D., Zeitschel U., Lange C. (1994) Changes in adolescents' sexuality beetween 1970 and 1990 in West Germany. *Archives of Sexual Behavior* 23, 489-513.

Siegelman M., (1981) Parental background of homosexual and heterosexual men: A cross national replication. *Archives of Sexual Behavior* 10, 505-513.

Simon W., Gagnon J.H. (1989) Sexual scripts: permanence and change. *Archives of Sexual Behavior* 15, 97-120.

Stacey J., Biblartz T.J. (2001) (How) Does the sexual orientation of parents matter? *American Sociology Review* 66, 159-183.

Stakelbeck F., Frank U. (2006) Kommen die neuen psychoanalytischen Theorien zur männlichen Homosexualität nur noch aus Amerika? In: Biechele U., Hammelstein P., Heinrich T. (Hrsg.): anders verrückt?! Lesben und Schwule in der Psychiatrie. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Stein E. (1999) The Mismeasure of Desire: The Science, Theory and Ethics of Sexual Orientation. Oxford: Oxford University Press.

Tasker F. (2005) Lesbian mothers, gay fathers, and their children: a review. Journal of Developmental & Behavioral Pediarics 26, 224-240.

Begrenzte Toleranz des Rechts gegenüber individueller sexueller Identität

Professor Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M. (Wisc.-Madison)

Das Recht ist nichts Unveränderliches. Es unterliegt ebenso dem Wandel wie die Gesellschaft, der es zugehört. Das heißt, es reagiert auch auf Veränderungen in der Gesellschaft und ihren verschiedenen Teilsystemen. Zugleich sind jedoch im Recht und durch das Recht Werte festgelegt, die als grundlegend für das menschliche Zusammenleben gelten und deshalb nicht jederzeit disponibel sind. Dazu gehören spätestens seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Menschenrechte, die in der Bundesrepublik Deutschland in der Verfassung, dem Grundgesetz, und in internationalen Abkommen, denen die Bundesrepublik beigetreten ist, verankert sind.

Mein Beitrag gliedert sich in fünf Abschnitte, beginnend mit den Begriffen im rechtlichen Kontext (I.). Danach gehe ich kurz ein auf den Rechtswandel im Umgang mit Geschlecht und Sexualität, der seit Gründung der Bundesrepublik zu verzeichnen ist (II.). Damit ist der Grund gelegt für die Frage, ob die Toleranz des Rechts schon ausreicht im Hinblick auf eine Gruppe von Menschen, deren Existenz immer noch weitgehend verschwiegen wird, den intersexuell geborenen Menschen (III.). Anschließend frage ich nach den Voraussetzungen für eine größere Toleranz (IV.), bevor ich am Ende zu einem Zwischenfazit komme (V.) – Zwischenfazit deshalb, weil weder die juristische noch die allgemein-gesellschaftliche Debatte schon als abgeschlossen angesehen werden kann.

I. „Sexuelle Identität" als Begriff im geltenden Recht

Im Mai 2009 wurde das sechzigjährige Bestehen des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland gefeiert. Das ist für mich der Ausgangspunkt. Der Begriff „sexuelle Identität" kommt im Grundgesetz zwar explizit nicht vor und hat überhaupt in die Rechtssprache erst in den 1990er Jahren Einzug gehalten. Doch bereits aus den ersten Artikeln des Grundgesetzes lässt sich ableiten, dass unsere Verfassung auch die sexuelle Identität schützt.

Artikel 1 Absatz 1 Satz 1, in dem gleichsam der Obersatz der ganzen Verfassung enthalten ist, lautet:

> „Die Würde des Menschen ist unantastbar."

Und Artikel 2 Absatz 1:

> „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."

Aus diesen beiden Bestimmungen hat die Rechtsprechung das sog. allgemeine Persönlichkeitsrecht abgeleitet.[1] Das bedeutet, dass die Persönlichkeit eines jeden Grundrechtsträgers, auch in ihrer gesamten Privatsphäre, umfassend zu respektieren ist. Im Zusammenwirken mit Artikel 3 Absatz 3 Satz 1, in dem das Diskriminierungsverbot wegen des Geschlechts verankert ist –

> „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden."

–, lässt sich aus diesen Grundrechten durchaus ein Recht auf sexuelle Identität herauslesen.

Insofern kann der Schutz durch das Grundgesetz als genauso weitreichend gesehen werden wie der Schutz durch die Landesverfassungen, die den Begriff „sexuelle Identität" als verbotenes Diskriminierungsmerkmal in ihre Gleichheitsartikel aufgenommen haben. Deren erste war die Verfassung des Landes Brandenburg vom 20. August 1992[2], deren Artikel 12 Absatz 2 im Wesentlichen dieselben verbotenen Diskriminierungsmerkmale enthält wie Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz, darüber hinaus jedoch das der sexuellen Identität. Dem folgte die Verfassung des

---

[1] Diese Rechtsprechung wurde durch Entscheidungen des Bundesgerichtshofs eingeleitet (vgl. BGHZ 24, 72) und dann vom Bundesverfassungsgericht bestätigt und weiter ausgebaut (vgl. etwa BVerfGE 35, 202; 54, 148).

[2] GVBl. I S. 298, zuletzt geändert durch Art. 1 Änderungsgesetz vom 7. 7. 2009 (GVBl. I S. 191).

Freistaats Thüringen vom 25. Oktober 1993[3]; allerdings spricht deren Artikel 2 Absatz 3 statt von „sexueller Identität" von „sexueller Orientierung"[4]. Die Verfassung von Berlin vom 23. November 1995[5] verwendet in Artikel 10 Absatz 2 hingegen wieder den Ausdruck „sexuelle Identität", ebenso wie die Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen vom 21. Oktober 1947[6], in deren Artikel 2 Absatz 2 durch verfassungsänderndes Gesetz vom 4. September 2001[7] die Wörter „sexuellen Identität" eingefügt wurden.

Aktuell gibt es Bestrebungen, Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz um das Merkmal der sexuellen Identität zu ergänzen. Eine zunächst von den Ländern Berlin, Bremen und Hamburg beim Bundesrat eingebrachte Initiative zur Verfassungsänderung[8], der das Land Brandenburg ausdrücklich beigetreten ist[9] und das Land Rheinland-Pfalz zugestimmt hat[10], fand im Bundesrat jedoch nicht die erforderliche Mehrheit.[11] Daraufhin haben die drei Oppositionsfraktionen nacheinander im Bundestag Gesetzentwürfe eingebracht, die jeweils mit dem Länderentwurf textidentisch sind, jedoch in den Begründungen leicht variieren.[12] Die erste Lesung hat am 29. Januar 2010 stattgefunden; danach wurden die grundgesetzändernden Gesetzentwürfe an die Ausschüsse überwiesen.[13] Der federführende Rechtsausschuss[14] hat am 21. April 2010 dazu eine Öffentliche Anhörung durchgeführt; hierzu waren insgesamt neun Expertinnen/Experten geladen, von denen vier die Grundgesetzänderung befürworten, fünf hingegen ablehnen.[15]

Es gibt inzwischen aber auch etliche Rechtsnormen auf der Ebene der sog. einfachen Gesetze, in denen der Begriff „sexuelle Identität" im Zusammenhang mit Diskriminierungsverboten mittlerweile vorkommt. Zeitlich die erste war § 75 Betriebsverfassungsgesetz, der die „Grundsätze der Behandlung von Betriebsangehörigen" regelt und in den mit Wirkung zum 28. Juli 2001 die Wörter „sexuelle

[3] GVBl. S. 625, zuletzt geändert durch Art. 1 Viertes Änderungsgesetz vom 11. 10. 2004 (GVBl. S. 745).

[4] – und enthält „ethnische Zugehörigkeit" statt „Rasse" und „Nationalität" –

[5] GVBl. S. 779, zuletzt geändert durch Art. I Elftes Änderungsgesetz vom 17. 3. 2010 (GVBl. S. 134).

[6] Brem.GBl. S. 251, zuletzt geändert durch Art. 1 Änderungsgesetz vom 23. 3. 2010 (Brem.GBl. S. 273).

[7] Brem.GBl. S. 279.

[8] BR-Drs. 741/09 vom 29.9.2009.

[9] BR-Plenarprotokoll vom 27. November 2009 (864. Sitzung), S. 423(D).

[10] Vgl. Anlage 1 zum BR-Protokoll (wie 9), S. 437*(A).

[11] BR-Plenarprotokoll (wie 9), S. 426(D).

[12] BT-Drs. 17/88 vom 27. 11. 2009 (Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen), BT-Drs. 17/254 vom 15. 12. 2009 (Fraktion der SPD) und BT-Drs. 17/472 vom 20. 1. 2010 (Fraktion Die Linke).

[13] BT-Plenarprotokoll vom 29. Januar 2010 (17. Wahlperiode, 20. Sitzung), S. 1791 ff.

[14] Außerdem sind der Innenausschuss, der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe befasst.

[15] Alle schriftlichen Stellungnahmen sind auf den Internetseites des Bundestages verfügbar: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/01_Aenderung_Grundgesetz/index.html (29.6.2010).

Identität“ eingefügt wurden[16]. Am sichtbarsten in dieser Hinsicht ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 14. August 2006[17], mit dem insgesamt vier Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft[18] in innerstaatliches Recht umgesetzt und durch Diskriminierungsverbote in den Bereichen Arbeit, Sozialschutz, Bildung und Versorgung mit Dienstleistungen näher ausgestaltet worden sind.[19]

Was wird nun unter dem Begriff „sexuelle Identität“ verstanden? Eine einheitliche Begriffsbestimmung gibt es bislang nicht. Die Begründung zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, die ihm die Bundesregierung mitgegeben hat, besagt:

> „Der Begriff der ‚sexuellen Identität‘ entspricht der bereits zur Umsetzung der Richtlinie 2000/78/EG in § 75 Betriebsverfassungsgesetz erfolgten Wortwahl. Erfasst werden homosexuelle Männer und Frauen ebenso wie bisexuelle, transsexuelle oder zwischengeschlechtliche Menschen.“[20]

Und die Gesetzesanträge zur Ergänzung von Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz bezwecken sämtlich einen verbesserten Schutz für

> „Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, transsexuelle und intersexuelle Menschen“[21].

Wenn dies alles unter sexueller Identität verstanden werden soll, ist hier doch noch kurz auf die verschiedenen Begriffe einzugehen, die in Recht und Rechtswissen-

---

[16] BetrVerfReformgesetz vom 23.7.2001 (BGBl. I S. 1852).

[17] BGBl. I S. 1897, zuletzt geändert durch Art. 15 Abs. 66 Dienstrechtsneuordnungsgesetz vom 5. 2. 2009 (BGBl. I S. 160).

[18] 2000/43/EG des Rates vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft (ABl. EG Nr. L 180 S. 22); 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (ABl. EG Nr. L 303 S. 16); 2002/73/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 zur Änderung der Richtlinie 76/207/EWG des Rates zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (ABl. EG Nr. L 269 S. 15); 2004/113/EG des Rates vom 13. Dezember 2004 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen (ABl. EU Nr. L 373 S. 37).

[19] Mit der Einführung des AGG wurden § 9 Bundesbeamtengesetz, § 67 Bundespersonalvertretungsgesetz, § 3 Soldatengesetz, § 36 Sozialgesetzbuch Drittes Buch und § 27 Gesetz über Sprecherausschüsse der leitenden Angestellten um das Merkmal „sexuelle Identität“ erweitert. Außerdem wurden zugleich in das Sozialgesetzbuch Viertes Buch § 19 a und das ganze Soldatinnen- und Soldaten-Gleichbehandlungsgesetz eingeführt. Seither wurde noch das Beamtenstatusgesetz vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) eingeführt, dessen § 9 ebenfalls Diskriminierung wegen sexueller Identität verbietet. – Auf der Ebene der Bundesländer ist es vor allem Berlin, das in einfachen Gesetzen bereits auch auf sexuelle Identität abstellt. Bislang kein Rechtsbegriff ist „sexuelle Identität“ in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

[20] BR-Drs. 329/06, S. 32 bzw. BT-Drs. 16/1780, S. 31.

[21] Vgl. Nachweise in Fn. 8 und 12, jeweils S. 1.

schaft „rund um das Geschlecht" verwendet werden. Das deutsche Wort Geschlecht umfasst, wofür es im Englischen zwei Wörter gibt, nämlich *sex* und *gender*.[22] In der feministischen Theorie und den entsprechenden Wissenschaften wird der Begriff „Sex" als Verweis auf das biologische Geschlecht und „Gender" als Verweis auf das (konstruierte) soziale Geschlecht verstanden, also die den verschiedenen Geschlechtern zugeschrieben Geschlechtsrollen etc.[23] Auch das sog. psychische Geschlecht ist m. E. zu *gender* zu rechnen, wird aber eher unter *sexual identity* behandelt.[24] Außerdem ist die Annahme aus der Anfangszeit der feministischen Gendertheorie, dass es ein physisch determiniertes biologisches Geschlecht gebe (bzw. deren zwei), inzwischen vielfach in Frage gestellt, seit verschiedene Autorinnen nachgewiesen haben, dass letztlich auch das biologische Geschlecht bzw. die Wahrnehmung davon konstruiert ist.[25]

Sexualität hat mit Geschlecht zu tun, ist aber doch davon zu unterscheiden. Sexualität spielt eine Rolle sowohl bei der *sexuellen Orientierung* als auch bei der *sexuellen Identität*. Ich verstehe „sexuelle Identität" als Oberbegriff zu Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung, d. h. als zur sexuellen Identität gehörig: (1) den Körper in seiner Geschlechtlichkeit, (2) das psychische Geschlecht im Sinne der Selbstwahrnehmung eines Individuums in seiner Geschlechtlichkeit und (3) die sexuelle Orientierung, d. h. alles, was die Geschlechtlichkeit eines Menschen ausmacht.[26] Vom Recht auf *sexuelle Selbstbestimmung* wird meistens in Bezug auf das Handeln entsprechend der sexuellen Orientierung gesprochen. Ich verstehe dieses Recht jedoch auf die gesamte sexuelle Identität bezogen. Darauf ist am Schluss noch einmal zurückzukommen.

Welche Ausprägungen sexueller Identität rechtlich toleriert werden, ist eine Frage, die nicht für alle soeben genannten Aspekte gleich zu beantworten ist. Denn auch wenn das Recht als staatliche sowie supra- und internationale Ordnung insbesondere durch die Garantie der Menschenrechte ein Bollwerk gegen gesellschaftli-

---

[22] Eine weitere Bedeutung von Geschlecht – Familie, Generationenfolge – ist hingegen heute kaum noch in Gebrauch.

[23] Vgl. statt vieler: Holzleithner, Elisabeth: Recht Macht Geschlecht: Eine Einführung, Wien: WUV-Universitätsverlag, 2002, S. 18 ff.

[24] Vgl. Schmidt, Anja: Geschlecht und Sexualität, in: Foljanty, Lena / Lembke, Ulrike (Hrsg.): Feministische Rechtswissenschaft, Baden-Baden: Nomos, 2006, S. 174-192 (179 f.).

[25] So schon Kessler, Suzanne J. / McKenna, Wendy: Gender: An Ethnomethodological Approach, Chicago: University of Chicago Press, 1985.

[26] Wie hier wohl auch: Baer, Susanne, Stellungnahme zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 3 Absatz 3 Satz 1), Berlin 2010, http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/01_Aenderung_Grundgesetz/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Baer.pdf (29. 6.2010); Dethloff, Nina, Stellungnahme zur Ergänzung des Art. 3 III 1 GG um das Merkmal der sexuellen Identität, Berlin 2010, http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/01_Aenderung_Grundgesetz/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Dethloff.pdf (29. 6. 2010). Sowohl die Einbringungsreden (Nachweise in Fn. 11 und 13) als auch die sonstigen Gutachten (vgl. Fn. 15) gehen jedoch eher von einer engeren Bedeutung aus, die dann aber keinen Unterschied zu sexueller Orientierung mehr erkennen lässt.

che Intoleranz sein sollte, spiegelt es doch zugleich auch die Gesellschaften in ihrer Raum- und Zeitgebundenheit wider.

II. Entwicklung des rechtlichen Umgangs mit Geschlecht und Sexualität in den letzten Jahrzehnten

Wie eingangs dargelegt, lässt sich dem Verbot der Diskriminierung wegen des Geschlechts, das seit 1949 Verfassungsrecht ist, durchaus die Garantie eines Rechts auf sexuelle Identität entnehmen (auch ohne die zurzeit beratene Änderung). Gleichwohl war vor sechzig Jahren vieles von dem, was uns heute in Bezug auf Geschlecht und Geschlechtlichkeit als selbstverständlich gilt, rechtlich nicht nur nicht toleriert, sondern sogar verboten. Im Rückblick wurde vor sechzig Jahren unter Geschlecht nur der Mann-Frau-Unterschied verstanden, und es wurde „selbstverständlich" – damals – nur Heterosexualität toleriert, d. h. nur heterosexuelle Männer und Frauen. Die Entwicklung bis heute sei an zwei Beispielen nachgezeichnet.

Zunächst sei auf die Rechtsentwicklung in Bezug auf Homosexualität eingegangen.[27] Deren rechtliche Regelung ist eines der wichtigsten Beispiele für die Entwicklung der Toleranz des Rechts gegenüber sexueller Identität. Der bekannte § 175 Strafgesetzbuch a. F. geht zurück auf § 143 des preußischen Strafgesetzbuchs von 1851, 1871 für das neugegründete Deutsche Reich im Wesentlichen übernommen. In der Fassung, die bis zur ersten Reform des Sexualstrafrechts 1969 in der Bundesrepublik Deutschland galt, lautete er:

> „(1) Ein Mann, der mit einem anderen Mann Unzucht treibt oder sich von ihm zur Unzucht mißbrauchen läßt, wird mit Gefängnis bestraft.
> (2) Bei einem Beteiligten, der zur Zeit der Tat noch nicht einundzwanzig Jahre alt war, kann das Gericht in besonders leichten Fällen von Strafe absehen."

„Unzucht" war bis 1969 die Vokabel für nicht tolerierten Geschlechtsverkehr (die Altersgrenze von 21 Jahren entsprach dem Volljährigkeitsalter bis 1974). Noch in den 1950er Jahren hat das Bundesverfassungsgericht dies für verfassungsgemäß erklärt, nachdem zwei verurteilte Männer Verfassungsbeschwerde u. a. mit der Begründung eingelegt hatten, dass der § 175 gegen das Gleichbehandlungsgebot verstoße, da Homosexualität nur unter Männern und nicht auch unter Frauen strafbar war.[28] Dabei ist Homosexualität ja tatsächlich kein Phänomen, das auf Männer beschränkt ist[29] – was das Bundesverfassungsgericht auch nicht behauptet hat. Aber Homosexualität unter Frauen, also lesbische Betätigung, war nicht kri-

[27] Zu Einzelheiten vgl. den Beitrag von Tatjana Hörnle in diesem Band.
[28] Urteil vom 10.05.1957, BVerfGE 6, 389.
[29] Vgl. hierzu den Beitrag von Andreas Hill in diesem Band.

minalisiert,[30] weil, so das Bundesverfassungsgericht nach Anhörung einer ganzen Reihe Sachverständiger, von der homosexuellen Betätigung unter Frauen im Gegensatz zu der unter Männern keine Gefährdung der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit ausgehe, so dass hier eine Ungleichbehandlung gerechtfertigt sei.[31] Gelockert wurde das Verbot erst durch die Reform des Sexualstrafrechts 1969, und endgültig von der Homosexualität entkoppelt wurden die Sexualstraftaten erst 1994.[32] Es war ein weiter Weg, bis ein Kandidat für das Amt des Berliner Regierenden Bürgermeisters sich zu seiner Homosexualität bekennen und dies mit den Worten „und das ist gut so" kommentieren konnte. Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass nicht die sexuelle Orientierung im Sinne von *gefühlter* sexueller Identität strafbar war, sondern dass nur homosexuelle *Handlungen*[33] unter Männern der Strafandrohung unterlagen.

Ein anderer Toleranzwandel gegenüber sexueller Identität hat ebenfalls Anfang der 1970er Jahre begonnen: die Akzeptanz von Menschen, die eine Differenz zwischen dem ihnen zugeschriebenen Geschlecht und dem von ihnen empfundenen Geschlecht erleben und letzteres auch als amtlich registriertes Geschlecht anerkannt wissen wollen. Für diese Menschen wird meistens der Begriff „Transsexuelle" verwendet, in den letzten Jahren zunehmend auch „Transgender".[34] Was war der Hintergrund für diesen Wandel, und warum bedurfte es dazu Rechtsänderungen?

Seit Einführung der Personenstandsregister 1876 wurde (und wird) Geschlecht staatlich registriert, und zwar entweder als männlich oder als weiblich[35]. Dieser registrierte Geschlechtseintrag konnte nur geändert werden, wenn er nachweislich

[30] In der Entkriminalisierung der lesbischen Betätigung im 19. Jahrhundert dürfte vermutlich der Grund für das von Hill (Fn. 29) bedauerte Fehlen von Ursachenerklärungsforschung der weiblichen Homosexualität liegen. Es war ein Phänomen, das gesellschaftlich verschwiegen wurde und deshalb auch nicht beforscht werden konnte.

[31] In früheren Jahrhunderten gab es hier übrigens Gleichbehandlung – und die Todesstrafe, vgl. Nr. 116 der Constitutio Criminalis Carolina von 1532: „Item so eyn mensch mit eymem vihe, mann mit mann, weib mit weib, vnkeusch treiben, die haben auch das leben verwürckt, vnd man soll sie der gemeynen gewonheyt nach mit dem fewer vom leben zum todt richten."

[32] Aufhebung der generellen Pönalisierung durch Gesetz vom 25. 6. 1969 (BGBl. I, S. 654); es blieb bei der Strafandrohung für den Bereich des Jugendschutzes; ersatzlose Streichung des § 175 StGB auch für den Bereich des Jugendschutzes durch das 29. Strafrechtsänderungsgesetz vom 31. 5. 1994 (BGBl. I, S. 1168).

[33] Allerdings war teilweise streitig, welche Handlungen strafrechtlich relevant waren (Analverkehr, Oralverkehr, wechselseitige Masturbation); vgl. hierzu ältere Kommentare.

[34] Letztgenannter Begriff hat seinen Ursprung in den interdisziplinären Gender Studies, wird, wie die Entwürfe zur Verfassungsreform (oben Fn. 8 und 12) zeigen, aber auch zunehmend bereits als Rechtsbegriff verstanden.

[35] M. E. muss das nicht so sein; vgl. etwa Plett, Konstanze: Intersexuelle – gefangen zwischen Recht und Medizin, in: Koher, Frauke / Pühl, Katharina (Hrsg.), Gewalt und Geschlecht, Opladen: Leske + Budrich, 2003, S. 21-41; Plett, Konstanze: Rechtliche Aspekte der Intersexualität, Zeitschrift für Sexualforschung 20 (2007), S. 162-175. A.A. Kolbe, Angela: Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht: Eine interdisziplinäre Untersuchung, Baden-Baden: Nomos, 2010, S. 116, die zwar die Beschränkung auf männlich oder weiblich als Eintrag für verfassungswidrig hält, für eine Erweiterung aber gesetzgeberisches Tätigwerden für erforderlich hält.

und nachgewiesen falsch war und die Änderung gerichtlich angeordnet wurde.[36] Geschlecht war damit den Individuen nicht verfügbar. Da dies auch für Transsexuelle galt, die ihren Körper entsprechend ihrer sexuellen Identität hatten operieren lassen, war ein persönlichkeitsrechtliches Dilemma entstanden. Sie lebten in einem Geschlecht, das nicht ihrem amtlich registrierten entsprach. Dies hatte der Gesetzgeber schon Anfang der 1970er Jahre erkannt und war bereit, ein entsprechendes Gesetz zu erlassen, wartete dann aber erst eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts[37] ab, bevor er das sog. Transsexuellengesetz (TSG)[38] erließ.

Damit war die Bundesrepublik der vierte Staat in Europa, der Geschlechtsänderungen vom Grundsatz her anerkannt hat.[39] Allerdings legt das TSG seinerseits den Menschen, die ihren Geschlechtswechsel staatlich anerkannt wissen und damit ihr Recht auf sexuelle Identität ausüben wollen, Beschränkungen anderer, ihnen „eigentlich" ebenfalls zustehender Menschenrechte auf: körperliche Integrität, Eheschließungsfreiheit, sexuelle Orientierung. Einen Teil davon hat das Bundesverfassungsgericht in von Einzelnen angestrengten Gerichtsverfahren für nichtig erklärt wegen Verstoßes gegen das Grundgesetz.[40] Trotz der Änderungen, die das TSG durch das Transsexuellengesetz-Änderungsgesetz vom 17. Juli 2009[41] erfahren hat, ist sein Zustand immer noch nicht so, wie teilweise gefordert. Aber als ein Beispiel für mögliche Erweiterungen der Toleranz des Rechts in geschlechtlichen Dingen ist es dennoch gut geeignet. Inzwischen – seit 2002 – ist das Recht Transsexueller, personenstandsrechtlich in den ihrer sexuellen Identität entsprechenden staatlichen Dokumenten anerkannt zu werden, auch durch internationale Rechtsprechung im Geltungsbereich der Europäischen Menschenrechtskonvention

[36] Bis zum 31. 12. 2008 gemäß § 47 Personenstandsgesetz a. F.; nach § 47 Personenstandsgesetz 2007 (in Kraft seit dem 1. 1. 2009) kann unter bestimmten Voraussetzungen der Geschlechtseintrag auch – nach Anhörung der Beteiligten – von Amts wegen geändert werden.

[37] Beschluss vom 11. 10. 1978, BVerfGE 49, 286.

[38] Bezeichnenderweise lautet der amtliche Titel vollständig: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen – Transsexuellengesetz vom 10. 9. 1980 (BGBl. I S. 1654, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. 7. 2009, BGBl. I S. 1978). – Zur Entstehungsgeschichte vgl. BT-Drs. 8/2947.

[39] Nach Schweden (1972), Dänemark (1976) und Griechenland (1977); vgl. die Übersicht über Regelungen in Europa in den Schlussanträgen des Generalanwalts Ruiz-Jarabo Colomer in der Rechtssache C-117/01 (K.B.) des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften, Rz. 28, Anm. 18-30. Hierzu auch Plett, Konstanze: Anmerkung zum Urteil des EuGH vom 7. 1. 2004 in der Rs. C-117/01, K.B. ./. National Health Service Pensions Agency, Secretary of State for Health, ZESAR (Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht) 3 (2004), S. 301(303)-308.

[40] Beschlüsse des BVerfG vom 16. 3. 1982, BVerfGE 60,123; vom 26. 1. 1993, BVerfGE 88, 87; vom 6. 12. 2005, BVerfGE 115, 1; vom 18. 7. 2006, BVerfGE 116, 243 und vom 27. 5. 2008, BVerfGE 121, 175. Vgl. zur Rechtsprechung des BVerfG zum Thema „Transsexualität" Adamietz, Laura: transgender ante portas? KJ 2006, 368-380; Augstein, Maria Sabine: Die Transsexualität in der personenstandsrechtlichen Rechtsprechung der europäischen Gerichtshöfe und des Bundesverfassungsgerichts, in: Lohrenscheit, Claudia (Hrsg.), Sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht, Baden-Baden: Nomos, 2009, 135-150.

[41] BGBl. I S. 1978.

rechtlich gesichert[42] (wenn auch vermutlich noch nicht praktisch in allen Mitgliedstaaten des Europarats). Alles in allem lässt sich die größer gewordene Toleranz, die an diesen beiden Regelungsbereichen dargestellt wurde, auch als Entideologisierung des rechtlichen Geschlechts auffassen.

III. „Lackmus-Test" für die Reichweite der Toleranz des Rechts (und der Gesellschaft): Umgang mit intersexuellen Menschen

Einige der Bundesverfassungsgerichtsverfahren zum TSG betrafen die Unterstellung im Gesetz, dass nur verschiedengeschlechtliche Menschen miteinander verheiratet sein können und dass Transsexuelle in ihrem geänderten Geschlecht auf jeden Fall heterosexuell sein werden. Dies zeigt, in welche Schwierigkeiten eine den Menschenrechten verpflichtete Rechtsordnung gerät, wenn unter dem Stichwort „sexuelle Identität" nicht nur das Körpergeschlecht, sondern auch die sexuelle Orientierung verstanden wird[43] – und das, obwohl die gesellschaftlichen und rechtlichen Fragen zu Transgender sich immer noch innerhalb der Binarität der zwei Geschlechter bewegen.

Gewissermaßen als Lackmustest für die Reichweite der – rechtlichen und gesellschaftlichen – Toleranz mit der sexuellen Identität kann deshalb die Frage wirken, wie eng Geschlecht auf männlich/weiblich begrenzt wird, also: Wie groß ist die Toleranz gegenüber Menschen, deren Geschlecht nicht in das konstruierte Entweder-Oder-Schema passt? Das Preußische Allgemeine Landrecht von 1794 (PrALR) – darauf weist inzwischen fast jeder Vortrag, jede Veröffentlichung zum Thema hin – ließ gegenüber Intersexuellen, oder, wie sie damals genannt wurden, Zwittern, eine größere Toleranz walten als das heutige Recht. Zwar war die Teilung der Gesellschaft entlang der Geschlechterlinie auch damals vollständig, weil Zwitter (Hermaphroditen, Intersexuelle) ebenfalls entweder zum männlichen oder zum weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden bzw. sich zuordnen mussten. Unter der Überschrift „der Zwitter" heißt es im I. Teil, 1. Titel („Von Personen und deren Rechten überhaupt"):

> „§. 19. Wenn Zwitter geboren werden, so bestimmen die Aeltern, zu welchem Geschlechte sie erzogen werden sollen.

[42] Durch Urteile des Europäischen Menschenrechtsgerichtshofs vom 11.7.2002 in den Sachen Goodwin/Vereinigtes Königreich und I./Vereinigtes Königreich. Vgl. zur Vorgeschichte und Bedeutung dieser Entscheidungen Ruiz-Jarabo Colomer (wie Fn. 39); Augstein (Fn. 40).

[43] Dabei wird von den sexuellen Orientierungen bislang nur die Orientierung im Hinblick auf das Geschlecht – sexuelle Identität? – des/der SexualpartnerIn in den Blick genommen; auf weitere, andere sexuelle Orientierungen will ich in diesem Zusammenhang nicht weiter eingehen, sondern werde ganz kurz in meiner Schlussbemerkung darauf zurückkommen.

> §. 20. Jedoch steht einem solchen Menschen, nach zurückgelegtem achtzehnten Jahre, die Wahl frey, zu welchem Geschlecht er sich halten wolle.
> §. 21. Nach dieser Wahl werden seine Rechte künftig beurtheilt."

Nur in Konfliktfällen sollte gemäß I 1 §§ 22, 23 PrALR ein Sachverständigenbefund endgültig entscheiden.[44] Mit der Altersgrenze von 18 Jahren ist vermutlich auf die vollständige Geschlechtsreife abgestellt; denn das Volljährigkeitsalter wurde gemäß I 1 § 26 PrALR erst mit 24 Jahren erreicht. Die größere Toleranz oder Liberalität lag darin, dass Zwittern das Geschlecht nicht vom Staat verordnet[45] wurde, sondern zunächst von den Eltern mit auf den Weg ins Leben mitgegeben und später ihrer eigenen Entscheidung überlassen wurde. Im Übrigen findet sich in I 1 § 24 PrALR eine historisch frühe Bestimmung zur Gleichberechtigung der Geschlechter; unter der Überschrift „Unterschied der Geschlechter" heißt es:

> „Die Rechte beyder Geschlechter sind einander gleich, so weit nicht durch besondre [sic] Gesetze, oder rechtsgültige Willenserklärungen, Ausnahmen bestimmt worden."

Auch dieser Paragraf kann als Indiz für die Liberalität des Preußischen Allgemeinen Landrechts gewertet werden, wenngleich die Zulässigkeit von Ungleichbehandlungen nicht nur durch Gesetze, sondern auch durch Willenserklärungen die Zahl der Ausnahmen vervielfachte.

Im Vergleich der heutigen Personenstandsregelungen mit diesen Rechtsnormen vom Ende des 18. Jahrhundert wirkt die Geschlechtsbestimmung als entprivatisiert, verstaatlicht, obgleich Geschlecht und sexuelle Identität höchstpersönliche Angelegenheiten sind und durch die Menschenrechte geschützt werden. Entsprechend müsste ein menschenrechtlich inspiriertes Recht auf sexuelle Identität genau das gestatten, was seit den 1990er Jahren viele intersexuell geborene Menschen, die durch chirurgische Eingriffe häufig bereits im Kleinstkindalter und durch weitere medizinische Behandlungen traumatisiert wurden,[46] für sich reklamieren: nämlich weder männlich noch weiblich zu sein oder beides oder etwas anderes. Dies ist in der Rechtspraxis jedoch bislang nicht akzeptiert.

---

[44] In dem von C. F. Koch herausgegebenen Kommentar (Erster Theil, erster Band, 4. Aufl., Berlin: J. Guttentag, 1862 [digital verfügbar unter http://dlib-pr.mpier.mpg.de/], S. 100) wird dazu folgendes Beispiel gegeben: „Wenn ein an seinen Geschlechtstheilen mißgestalteter Mensch bis heute Mannskleidung getragen hat und mit anderen Mannspersonen zugleich einen Schuldschein ausstellt, morgen aber Weiberkleider anlegt und sich für eine Frauensperson erklärt, muß da diese Wahl auf die von ihr als Mann unterschriebene Schuldverschreibung wirken? Keinesweges [sic]. In diesem Falle kommt der folgende §. 22 zur Anwendung."

[45] Den Begriff habe ich einem Filmtitel entnommen; vgl. Tolmein, Oliver / Rotermund, Bertram: Das verordnete Geschlecht: Wie aus Zwittern Frauen und Männer gemacht werden, Hamburg: Abbildungszentrum Hamburg, 2001.

[46] Vgl. zu Einzelheiten und weiteren Nachweisen Katinka Schweizer in diesem Band. Vgl. ferner Zehnder, Kathrin: Zwitter beim Namen nennen: Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung, Bielefeld: transcript, 2010.

In einem im Jahr 2000 begonnenen Gerichtsverfahren hatte ein Betroffener beantragt, dass für ihn im Geburtenbuch in der Rubrik Geschlecht „Zwitter“ eingetragen werde, hilfsweise „Hermaphrodit“ oder „Intersexuell“ oder „intrasexuell“. Dies wurde in zwei Instanzen mit unterschiedlichen Begründungen abgelehnt.[47] Der Richter der unteren Instanz sah den Antrag als auf eine nicht zulässige Eintragung gerichtet an, dem deshalb nicht entsprochen werden könne, selbst wenn die bestehende Eintragung unrichtig sei. Der Richter hat sich auch

> „mit der Frage auseinandergesetzt, ob intersexuellen Menschen aufgrund ihrer – wenn auch nicht einheitlichen – anderen physischen und psychischen Konstitution ein aus dem Selbstbestimmungsrecht (Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz) und der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) abgeleiteter Anspruch zusteht, als Zwitter, Hermaphrodit, Intersexueller oder Intrasexueller personenstandsrechtlich behandelt und eingetragen zu werden“,

dann aber aus dem Obiter dictum der 1978 ergangenen Transsexuellen-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts[48], wonach

> „unsere Rechtsordnung und unser soziales Leben von dem Prinzip ausgehen, daß jeder Mensch entweder ‚männlichen‘ oder ‚weiblichen‘ Geschlechts ist, und zwar unabhängig von möglichen Anomalien im Genitalbereich“,

gefolgert, dass nach wie vor die Zuordnung nur zu einem der beiden (anerkannten, tolerierten) Geschlechter möglich sei. Die Richter der zweiten Instanz haben offen gelassen, ob ein Eintrag „Zwitter“ bei Hermaphroditismus verus geboten erscheine, da bei dem Antragsteller die Diagnose Pseudohermaphroditismus femininus vorliege – weiblicher Chromosomensatz und weibliche Keimdrüsen mit Merkmalen des Gegengeschlechts im äußeren Erscheinungsbild –, so dass der gegenwärtige (im ersten Lebensjahr dahin korrigierte) Eintrag als weiblich richtig sei. Trotz der in der amtsgerichtlichen Entscheidung erkennbar gewordenen Sympathie für den Antragsteller haben die Richter letztlich das biologisch-medizinisch Mögliche für rechtlich unmöglich gehalten. „Das deutsche Recht kennt keine Zwitter.“[49]

---

[47] AG München, Az. 722 UR III 302/00, Beschluss vom 13.9.2001, Das Standesamt 2002, 44-46 = FamRZ 2002, 955 mit Anm. von Oliver Tolmein; Landgericht München I, Az. 16 T 19449/02, Beschluss vom 30.6.2003, Das Standesamt 2003, 303 = FamRZ 2004, 269.

[48] S.o. Fn. 37.

[49] Geringfügig paraphrasierte Aussage, wie sie sich fortlaufend in juristischer Literatur und Entscheidungen findet; vgl. Hepting, Reinhard / Gaaz, Berthold: Personenstandsrecht mit Eherecht und internationalem Privatrecht: Kommentar (Loseblattsammlung, Stand: 42. Lieferung, April 2009), Frankfurt am Main / Berlin: Verlag für Standesamtswesen, 1963 ff., PStG § 21, Rdnr. 71.

In einem anderen Gerichtsverfahren, das 2007 begann und im Internet als Intersexuellen-Prozess apostrophiert wird,[50] hatte ein intersexuell geborener Mensch Schmerzensgeld eingeklagt wegen einer ohne sein Einverständnis vorgenommenen Gonadektomie. Das Schmerzensgeld wurde in beantragter Höhe von 100.000 Euro zugesprochen.[51] Dieser Mensch war mit männlicher Zuordnung aufgewachsen, hatte als junger Erwachsener aber bereits Zweifel an seiner Geschlechtszuordnung. Nach weiteren Untersuchungen erhielt er die Diagnose, er sei „ ‚zu 60 %' eine Frau"[52]; gleichwohl erfolgten weitere chirurgische Eingriffe zur äußeren Anpassung an das männliche Geschlecht. Zwischen der Diagnose und diesen Operationen hatte die Operation stattgefunden, deretwegen der Prozess geführt wurde. Sie war als „Testovarektomie" begonnen worden, jedoch hatte sich während der Operation herausgestellt, dass die inneren Geschlechtsorgane ausschließlich weiblich waren. Gleichwohl hatten die Ärzte die Gonadektomie fortgesetzt, ohne hierfür das Einverständnis der inzwischen volljährigen Patientin eingeholt zu haben.[53]

Auch wenn in diesem Prozess über eine der unter Intersexualität gefassten körperlichen Konditionen ausführlich verhandelt wurde und ein über Jahrzehnte geführtes „Leben zwischen den Geschlechtern"[54] mit all seinem Leid erkennbar wird, verbleibt die Argumentation innerhalb des binären Geschlechterschemas. Die Höhe des Schmerzensgeldanspruchs wird damit begründet, dass der Klägerin „durch die Entfernung ihrer weiblichen Geschlechtsorgane die Möglichkeit genommen wurde, ein Leben als Frau zu führen, eine weibliche Sexualität zu erleben sowie den Versuch zu unternehmen sich fortzupflanzen"[55]. Damit ist der Klage, zu einem „Leben im falschen Geschlecht" gezwungen gewesen zu sein,[56] Rechnung getragen worden.

---

[50]Vgl. z. B. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2009/09/05/Zwitterprozess%3A-Zwangsoperateur-gibt-sich-geschlagen-%E2%80%93-100-000-Euro-f%C3%BCr-Zwangskastration (29.6.2010). In einem anderen Internet-Blog wird der Prozess auch „Zwitterprozess" genannt: http://blog. zwischengeschlecht.info/post/2009/09/05/Zwitterprozess%3A-Zwangsoperateur-gibt-sich-geschlagen-%E2%80%93-100-000-Euro-f%C3%BCr-Zwangskastration (5.7.2010).

[51] Landgericht Köln, Az. 25 O 179/07, Grundurteil vom 6. 2. 2008; Oberlandesgericht Köln, Az. 5 U 51/08, Beschluss vom 3. 9. 2008; Landgericht Köln, Az. 25 O 179/07, Schlussurteil vom 12. 8.2 009. Alle genannten Entscheidungen sind über die Rechtsprechungsdatenbank des Landes Nordrhein-Westfalen (http://www.justiz.nrw.de/RB/nrwe2/index.php) abrufbar.

[52] OLG Köln (Fn. 51), Rdnr. 1.

[53] Dafür hätte die OP vor der Entfernung der inneren, nun als weiblich erkannten Geschlechtsorgane abgebrochen werden müssen, was möglich gewesen wäre, aber nicht geschehen war.

[54] So der Titel eines höchst informativen Buches: Fröhling, Ulla: Leben zwischen den Geschlechtern: Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich, Berlin: Ch. Links Verlag, 2003. Diesen Titel hat der Deutsche Ethikrat für ein im Juni 2010 durchgeführtes Forum Bioethik wieder aufgegriffen; Informationen und Dokumentation dazu sind unter http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/intersexualitaet-leben-zwischen-den-geschlechtern (30.6.2010) abrufbar.

[55] Schlussurteil (Fn. 51), Rdnr. 13.

[56] Ausweislich des Schlussurteils (Fn. 51), Rdnr. 5; die Klageschrift selbst liegt mir nicht vor.

Die Rechtspolitik wurde mit dem Thema Intersexualität bereits Mitte der 1990er Jahre befasst. Die erste parlamentarische Kleine Anfrage stammt aus dem Jahr 1996, die letzte aus dem Jahr 2009.[57] Rechtspolitischen Handlungsbedarf hat keine der Bundesregierungen der 13., 14. und 16. Legislaturperiode gesehen, obwohl sie unterschiedlich zusammengesetzt waren.[58] Eine genaue Analyse der Fragen und Antworten wäre eine eigene Abhandlung wert. Bemerkenswert ist jedoch ein Satz aus der letzten Antwort:

> „Spezifische Aufklärungsarbeiten über die Existenz intersexueller Menschen hält die Bundesregierung zurzeit nicht für erforderlich."[59]

Bemerkenswert ist dies auch vor dem Hintergrund, dass die auf der Grundlage von §§ 25 ff. AGG[60] eingerichtete Antidiskriminierungsstelle des Bundes auch „intersexuellen Menschen offen [steht] und … von ihnen in Anspruch genommen wird"[61] – eine Analyse dieser Fälle scheint – jedenfalls derzeit – nicht beabsichtigt.[62]

IV. Voraussetzungen und Grenzen einer größeren Toleranz

Beim rechtlichen Umgang mit der sexuellen Identität Intersexueller ist die Toleranz also immer noch begrenzt, das Thema selbst immer noch stark tabuisiert, wenn auch etwas weniger als noch vor zehn Jahren. Hier befinden wir uns in einer Identitätsfalle[63], indem wir Identitäten immer wieder in ein Entweder-Oder pressen und

---

[57] Kleine Anfrage der PDS vom 30. 9. 1996, „Genitalanpassungen in der Bundesrepublik Deutschland", BT-Drs. 13/5757, mit Antwort der Bundesregierung vom 29. 10. 1996, BT-Drs. 13/5916; Kleine Anfrage der PDS vom 1. 3. 2001, „Intersexualität im Spannungsfeld zwischen tatsächlicher Existenz und rechtlicher Unmöglichkeit", BT-Drs. 14/5425 mit Antwort der Bundesregierung vom 20. 3. 2001, BT-Drs. 14/5627; Kleine Anfrage der Linken vom 5. 2. 2007, „Rechtliche Situation Intersexueller in Deutschland", BT-Drs. 16/4147, mit Antwort der Bundesregierung vom 14. 2. 2007, BT-Drs. 16/4322; Kleine Anfrage der Linken vom 5. 2. 2007, „Situation Intersexueller in Deutschland", BT-Drs. 16/4287 mit Antwort Bundesregierung vom 22. 3. 2007, BT-Drs. 16/4786; Kleine Anfrage der Linken vom 22. 4. 2009, „Zur Situation intersexueller Menschen in der Bundesrepublik Deutschland – Rechtliche und statistische Aspekte", BT-Drs. 16/12769 mit Antwort der Bundesregierung vom 2. 6. 2009, BT-Drs. 16/13269; Kleine Anfrage der Linken vom 23. 4. 2009, „Zur Situation intersexueller Menschen in der Bundesrepublik Deutschland – Medizinische Aspekte und die Förderung Betroffener", BT-Drs. 16/12770, mit Antwort der Bundesregierung vom 2. 6. 2009, BT-Drs. 16/13270.

[58] 13. Legislaturperiode: Koalition aus CDU/CSU und FDP; 14. Legislaturperiode: Koalition aus SPD und Bündnis 90/ Die Grünen; 16. Legislaturperiode: Koalition aus CDU/CSU und SPD.

[59] BT-Drs. 16/13270, S. 5.

[60] Oben Fn. 17.

[61] BT-Drs. 16/13269, S. 2: Bis Ende März 2009 bezogen sich „zehn Fälle" der 638 Anfragen wegen Geschlechtsdiskriminierungen „auf Benachteiligungen wegen oder im Zusammenhang mit Intersexualität; das entspricht 1,5 %.

[62]Vgl. zu den Forschungsprojekten der Antidiskriminierungsstelle http://www.antidiskriminierungsstelle.de/ADS/root,did=132408.html (30.6.2010).

[63] So der sehr treffende Titel der deutschen Übersetzung des Buches „Identity and Violence" von Amartya Sen: Die Identitätsfalle: Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt, München: Beck, 2007.

nicht sehen, dass jeder Mensch in unterschiedlichen Kontexten auch unterschiedliche Identitäten hat. Weil fast alle Menschen in unserer Gesellschaft sich als männlich oder weiblich wahrnehmen (und damit überwiegend kein Problem haben), weil ferner alle Menschen in unserer Gesellschaft damit aufgewachsen sind, dass eine Einteilung in männlich/weiblich „natürlich" ist, ist es besonders schwer, hier bestehende Mauern einzureißen.

Um bestehende Tabus zu erkennen – und nur erkannte Tabus können aufgelöst werden –, kann m. E. helfen:

- ein Bekenntnis zum umfassenden Menschenrechtsschutz, d. h. alle wie auch immer Geborenen haben dieselben Rechte, Ungleichheiten sind grundsätzlich unbeachtlich;
- ein Sich-Vergewissern darüber, was für geschlechtliche Identität in den letzten Jahrzehnten erreicht wurde – und damit die Feststellung, dass es keine unverrückbaren „Wahrheiten" gibt;
- das Infragestellen von Gewohnheiten, d. h. immer dann, wenn sich die Wörter „müssen" oder „natürlich" einschleichen, ist die Frage dringend erforderlich, ob beschriebene Sachverhalte und Normen nicht auch anders formuliert werden können oder sollten.

Ein Beispiel: Was interessieren mich Geschlecht und/oder sexuelle Orientierung eines Mitmenschen, mit dem ich nur einen gepflegten Skat spielen möchte? Es ist auch nicht uninteressant, sich der Frage zu stellen, wie unsere Gesellschaft aussähe, wenn der Staat nicht das Geschlecht aller Neugeborenen und Zugewanderten registrierte – und sei es nur als Gedankenexperiment. Denn schließlich ist Diskriminierung wegen des Geschlechts verboten…

V. (Zwischen-)Fazit

Zum Schluss sei resümiert, was nach meiner Auffassung zum Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Identität gehört:

1. Sexuelle Identität schließt Körpergeschlecht und Sexualität im Sinne von sexueller Orientierung ein.
2. Ein Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf den eigenen Körper bedeutet auch, dass nicht andere stellvertretend entscheiden dürfen, ob und wie er in welche Richtung angepasst oder verändert wird; es bedeutet, den eigenen Körper unverändert zu lassen oder ihn mit den von der heutigen Medizin bereit gestellten Mitteln ändern zu lassen, je nachdem, welche der Möglichkeiten der individuellen Identität besser entspricht. Wer operiert werden will, soll das durchaus tun können, aber wer nicht operiert werden will, soll es auch lassen können. Im Ergebnis bedeutet das: an Nichteinwilligungsfähigen keine Operationen (es sei denn, sie seien vital indiziert).

3. Korrespondierend dazu muss es ein Recht auf Anerkennung des eigenen individuellen Geschlechts geben, das auch gestattet, sich weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen – gleichsam ein Opting-out. Diese Toleranz müsste das Recht aufbringen. (Eine Verpflichtung zum Opting-in könnte vorgesehen werden für die Fälle, in denen Geschlecht im Zusammenhang mit Fortpflanzung Bedeutung erlangt, also wenn ein Mensch Elternteil wird.[64])
4. Ein Recht auf Selbstbestimmung hinsichtlich der eigenen Sexualität muss auch die sexuelle Orientierung im Sinne gefühlter sexueller Orientierung einschließen, und zwar nicht nur Heterosexualität, Homosexualität und Bisexualität, wie im Zusammenhang und zur Erläuterung des Begriffs „sexuelle Identität" meistens genannt. Auch andere Varianten[65] müssen dazugehören.
5. Allerdings gibt es für mich eine Grenze in der geforderten Toleranz des Rechts auf individuelle sexuelle Identität. Diese Grenze ist dann zu wahren, wenn es um die Ableitung von Handlungsfreiheiten aus Identitätsrechten geht. Wie auch sonst hat die Freiheit ihre Grenze dort, wo die Freiheit der anderen anfängt. Niemand darf zur Befriedigung der eigenen Sexualität, zum Ausleben der eigenen sexuellen Identität einem anderen Menschen (psychische und/oder physische) Gewalt antun.

Wenn das akzeptiert wird, muss aber auch gelten: Keinem Menschen darf physische und/oder psychische Gewalt ohne dessen Einverständnis angetan werden, weil er aufgrund seiner individuellen Existenzweise[66] nicht in das Raster einer gesellschaftlich als jeweils exklusiv männlich oder weiblich konstruierten Geschlechtlichkeit passt.

---

[64] Vgl. hierzu jüngst den Entwurf eines Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (ÄVFGG) der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 16. 6. 2010, BT-Drs. 17/2211, Art. 2, (1) 1: „Elternteil (Mutter oder Vater)".

[65] Vgl. zu den bekannten Varianten sexueller Orientierung den Beitrag von Andreas Hill in diesem Band.

[66] Maihofer, Andrea: Geschlecht als Existenzweise: Macht, Moral, Recht und Geschlechterdifferenz, Frankfurt am Main: Ulrike Helmer Verlag, 1995.

Strafrechtliche Sanktionierung sexueller Abweichungen

Professor Dr. iur. Tatjana Hörnle

I. Sind Sexualdelikte notwendigerweise *sexuell* abweichendes Verhalten?

Die erste Frage, die sich bei dem hier zu erörternden Thema aus der Perspektive des Strafrechts stellt, ist, welche Normen im deutschen Strafgesetzbuch (StGB) Verhalten betreffen, das als „sexuell abweichend" zu beschreiben wäre. Hätten Veranstalter einer Tagung in den fünfziger oder sechziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts ein Referat erbeten, wäre diese Beschreibung einfacher gewesen. Seinerzeit hätte der Referent auf einige Tatbestände verweisen können, deren Zweck offensichtlich darin lag, sexuelle Handlungen gerade deshalb zu verbieten und zu bestrafen, weil diese von der Norm gewollten Sexualverhaltens abwichen. Es handelte sich, im Sprachgebrauch der Zeit, um „unsittliche Handlungen", etwa in Form von homosexuellen Kontakten zwischen Männern (§ 175 StGB a.F.) oder Sexualkontakten von Menschen mit Tieren (§ 175 b StGB a.F.).[1] Die über Jahrhunderte herrschende Auffassung ging davon aus, dass unmoralisches Verhalten Gegenstand rechtlicher Regulierungen sein dürfe, und zwar auch und gerade dann, wenn das „Unmoralische" sich aus dem Verstoß gegen Anforderungen für Sexualverhalten ergab. Die eben erwähnten Tatbestände wurden im Jahr 1969 abge-

[1] S. zu diesen Tatbeständen *Ch. Schäfer*, „Widernatürliche Unzucht" (§§ 175, 175 a, 175 b, 182 a.F.), 2006.

schafft.[2] Auch in den Jahren danach wurde in mehreren großen Reformgesetzen, vor allem dem 4. Strafrechtsreformgesetz vom 23. November 1973,[3] das Sexualstrafrecht geändert. Es gibt zwei mögliche Erklärungen für diese Änderungen: Erstens könnte nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch beim Strafgesetzgeber eine allgemeine, zentrale Einsicht zum Umfang angemessener Verhaltenskriminalisierung gewachsen sein: die Einsicht, dass strafrechtliche Normen nicht der Bekämpfung bloßer Moralverstöße dienen sollten (mit bloßen Moralverstößen sind solche gemeint, bei denen der „Unwert" *nur* mit Bezug auf moralische Verhaltenserwartungen erklärt werden kann, nicht aber mit Schäden oder der Gefahr von Schäden für andere Menschen).[4] Ein Indiz für ein Umdenken ist die Umstellung in der Gesetzessprache: Der Sexualstraftaten geltende 13. Abschnitt des StGB trägt mittlerweile die Überschrift „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung" statt – wie zuvor – „Verbrechen und Vergehen wider die Sittlichkeit". Zweitens dürfte aber auch eine maßgebliche Rolle gespielt haben, dass Verschiebungen *innerhalb* des Moralsystems zu verzeichnen sind. Zu verweisen ist insbesondere auf die geänderte gesellschaftliche Bewertung von Homosexualität.

Sucht man in der *heute geltenden* Fassung des StGB nach Normen, die auf eine Unterdrückung sexuell abweichenden Verhaltens zielen, so bedarf es zunächst des Nachdenkens darüber, was mit „sexuelle Abweichung" gemeint ist. Eine Straftat stellt immer *sozial* abweichendes Verhalten dar – aber steckt in einem Sexualdelikt notwendigerweise auch eine *sexuelle* Abweichung? Es gäbe zwei Möglichkeiten, um „sexuell abweichend" zu definieren: entweder tatbezogen oder täterbezogen. Täterbezogen hieße, dass auf hinreichend beständige Verhaltensdispositionen des Täters abgestellt und diese persönliche Prägung als „abweichend" eingeordnet wird. Tatbezogen ist eine Wertung als „sexuell abweichend", wenn schon der *isolierte* Blick auf den konkret zu bestrafenden Sexualakt ergibt, dass dieser von anerkannten gesellschaftlichen Normen abweicht, und zwar von Normen, die Sexualverhalten betreffen. Sieht man die Dinge so, ist die Antwort für einige Tatbestände vergleichsweise einfach: So bedarf es etwa beim Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB), wenn die Tat im sexuellen Körperkontakt mit einem Kind besteht, keiner Hintergrundanalyse, um eine solche Abweichung festzustellen. Solche Handlungen verstoßen eindeutig gegen gesellschaftlich anerkannte Vorgaben zu sozialverträglichem Sexualverhalten. Sie sind deshalb bei einem „Blick von außen" ohne weiteres als „abweichend" zu erkennen. Ähnliches gilt für die von einem Mann begangenen exhibitionistischen Handlungen (§ 183 StGB), d.h. das Vorzeigen des entblößten

[2] Durch das 1. Strafrechtsreformgesetz vom 25. Juni 1969, BGBl. I S. 645.

[3] BGBl. I S. 1725.

[4] S. zum Umfang zulässiger Kriminalisierung *Roxin*, Strafrecht Allgemeiner Teil, Bd. I, 4. Aufl. 2006, § 2 Rn. 17 ff.

Gliedes vor einer anderen Person, um sich durch dieses Vorzeigen sexuell zu erregen.[5]

Bei anderen Sexualdelikten trägt allerdings der Blick auf den sexuellen Vorgang in seinem äußeren Ablauf nicht in vergleichsweise unkomplizierter Weise das Urteil „sexuell abweichend". Charakteristisch für die meisten Tatbestände ist, dass der Täter eine Macht-, Autoritäts- oder Vertrauensposition ausnutzt, um das Opfer zu einer Duldung oder zu aktiven Handlungen zu bewegen. Eine solche Macht-, Autoritäts- oder Vertrauensposition kann in Form von Macht vorliegen, die durch den Einsatz von Gewalt oder Drohungen erlangt wurde (§ 177 Abs. 1 Nr. 1, 2 StGB), in Form von Autorität aufgrund sozialer Rollen (etwa als Lehrer gegenüber Schülern, § 174 Abs. 1 Nr. 1, 2 StGB und als Polizist gegenüber Beschuldigten, § 174 a StGB) oder in Form von Vertrauensverhältnissen (etwa von Eltern und Kindern, § 174 Abs. 1 Nr. 3 StGB). Die sexuelle Komponente *als solche* ist oft nicht als Abweichung von „gewöhnlicher" Sexualbetätigung erkennbar. Selbst bei Delikten wie sexuelle Nötigung und Vergewaltigung zeigt sich im Sexualakt nicht zwangsläufig, dass hier von „normalem" Sexualverhalten abgewichen wird. Dies kann zwar bei gewalttätigem Vorgehen der Fall sein, wenn die Gewaltanwendung und die sexuellen Handlungen ineinanderfließen. Da aber nach geltendem Recht z.B. auch die Ausnutzung der Furcht des Opfers genügt (§ 177 Abs. 1 Nr. 3 StGB), ist nicht jede Vergewaltigung im sexuellen Vorgang als Abweichung zu identifizieren. Der Beischlaf oder andere Formen der von § 177 StGB erfassten sexuellen Betätigung müssen nicht als ungewöhnlich auffallen. Dasselbe gilt für sexuelle Handlungen, die sogenannte Missbrauchsdelikte sind. Das StGB enthält eine Reihe von Missbrauchsdelikten, die an jugendlichen, aber auch an erwachsenen Opfern begangen werden können, z.B. neben den bereits erwähnten Delikten sexuelle Handlungen von Psychotherapeuten mit Patienten (§ 174 c Abs. 2 StGB) oder sexuelle Übergriffe zu Lasten von Betrunkenen (§ 179 Abs. 1 Nr. 1 StGB). Der Sexualkontakt als solcher bleibt hier meist im Rahmen des „Normalen". Auch bei anderen Delikten, die Minderjährige schützen (etwa das Verbot von Minderjährigenprostitution, das seit kurzem den „Freiern" minderjähriger Prostituierter gilt, § 182 Abs. 2 StGB)[6], sind es die sozialen Rahmenbedingungen, die relevant werden, nicht aber eine Besonderheit in der Art und Weise, wie Sexualität praktiziert wird.

Noch weniger offensichtlich ist ein Zusammenhang mit sexueller Abweichung, wenn man nicht tatbezogen die Art und Weise des Sexualaktes betrachtet, sondern *täterbezogen* fragt, ob sich darin eine abweichende Haltung des Täters manifestiert. Es gibt nur wenige Delikte, bei denen man sagen kann, dass dahinter typischerweise eine abweichende und einigermaßen stabile sexuelle Orientierung der Täter steht. Zu diesen Delikten dürften exhibitionistische Handlungen gehören. Auch

[5] S. zur Definition von exhibitionistischen Handlungen *Laufhütte/Roggenbuck*, in: Leipziger Kommentar zum StGB (LK), 12. Aufl. 2010, § 183 Rn. 2; *Hörnle*, in: Münchener Kommentar zum StGB (MK), Bd. 2/2, 2005, § 183 Rn. 6.

[6] S. zur Gesetzgebungsgeschichte *Hörnle*, NJW 2008, S. 3521 ff.

muss vermutlich (ich schreibe „dürfen“ und „vermutlich“, da ich als Juristin die sexualwissenschaftliche Seite nicht beurteilen kann) beim sexuellen Missbrauch von Kindern die Mehrheit der Täter sich die Beschreibung „abweichende sexuelle Identität“ gefallen lassen. Eine *pauschale* Einordnung nach dem Motto „die Täter von Delikten nach den §§ 176, 176 a StGB sind alle pädophil und damit in ihrer Identität sexuell abweichend“ wäre jedoch aus mehreren Gründen problematisch. Erstens fordert der Tatbestand an keiner Stelle einen subjektiven Sexualbezug: Es gehört *nicht* zum Delikt, dass der Täter in der Absicht handelt, sich sexuell zu erregen oder sexuelle Befriedigung zu erreichen. Auch derjenige, der mit körperlicher und seelischer Gleichgültigkeit oder sogar Widerwillen agiert, etwa um des finanziellen Gewinnes wegen pornographische Schriften zu produzieren, verhält sich strafrechtlich relevant im Sinne der §§ 176, 176 a StGB. Zweitens erfasst § 176 Abs. 2 StGB auch denjenigen, der lediglich ein Kind dazu bestimmt, sexuelle Handlungen mit Dritten vorzunehmen – Personen, die nur die sexuellen Übergriffe anderer fördern, müssen nicht selbst pädophil sein. Drittens ist vor allem bei älteren Kindern (z.B. bei sexuellen Übergriffen auf ein dreizehnjähriges Mädchen) vorstellbar, dass es dem Täter nicht auf kindliches Aussehen als sexuellen Anreiz ankommt, sondern darauf, dass Minderjährige einfacher zu manipulieren und einzuschüchtern sind als erwachsene Sexualpartner. Es kann deshalb hinter solchen Taten statt einer sexuellen Fixierung auf Kinder Bequemlichkeit und extreme Selbstbezogenheit stehen, die den Täter bewegen, statt der manchmal mühsamen Interaktion mit erwachsenen, eigene Bedürfnisse habenden Personen dem Zugriff auf beeinflussbare und fügsame junge Menschen den Vorzug zu geben.

Bei einer täterbezogenen Betrachtungsweise ist auch für Delikte wie sexuelle Nötigung und Vergewaltigung (§ 177 StGB) ein Bezug zu „sexuell abweichender Identität“ nicht notwendigerweise festzustellen. Wahrscheinlich gibt es zwar aus dem Kreis derjenigen, die wegen sexueller Nötigung und Vergewaltigung bestraft werden, einen bestimmten Prozentsatz an Tätern, bei denen eine verfestigte sexuelle Abweichung festzustellen wäre – etwa in der Form, dass sie Sexualität *nur* in Verbindung mit „Gewalt und gegen den Willen der anderen Person“ als wirklich befriedigend empfinden. Wie hoch dieser Prozentsatz sein könnte, entzieht sich meiner Kenntnis. Eines erschließt sich aber auch Juristen, die nicht empirisch-sexualwissenschaftlich arbeiten: Wenn man die einschlägigen Strafurteile liest, fällt auf, dass eine beträchtliche Zahl von Taten zu Lasten von Freundinnen oder Noch- bzw. Ex-Ehefrauen geschehen, die den Täter mit einer Trennung verärgert haben. Sexuelle Gewalt ist in diesen Fällen *eine* Komponente zur Steigerung der Demütigung bei einem Geschehen, das insgesamt durch „bestrafende Gewalt“ gekennzeichnet ist. Eine genuin *sexuelle* Abweichung liegt bei einem solchen instrumentellen Einsatz sexueller Handlungen durch Männer, die im Übrigen zu „normaler“ Sexualität fähig sind, nicht vor. Ähnliches dürfte für Inzest gelten (§ 173 StGB). Inwieweit unter den Tätern solche zu finden sind, bei denen die Wahl des blutsverwandten Sexualpartners auf eine beständige sexuelle Fixierung zurückzuführen ist, lässt sich schwer beurteilen. Es erscheint jedoch plausibel, dass

dies nicht stets der Fall ist, sondern auch hier die „einfache Gelegenheit“ im Vordergrund stehen kann.

Aus dem Ausgeführten ergibt sich, dass *Sexualstraftaten weder täterbezogen noch tatbezogen notwendigerweise sexuelle Abweichungen sind.* Das Tadelnswerte der Handlung ist oft weder durch die Eigenschaften des Sexualakts als solchem noch durch eine Analyse der sexuellen Dispositionen des Täters zu erschließen. Vielmehr sind es typischerweise die dem Sexualakt vorausgehenden Umstände, die das Unrecht der Tat ausmachen.

II. Unrecht und Schuld bei Sexualdelikten

Selbst wenn wir es aber mit einem Fall der tat- und/oder täterbezogenen sexuellen Abweichung zu tun haben, so ist an dieser Stelle folgendes zu betonen: Es wäre irreführend zu sagen, dass der Täter *für* oder *wegen* seiner sexuellen Abweichung zu bestrafen ist. Die Tatsache, dass der Modus des sexuellen Körperkontakts und/oder die dahinter stehende sexuelle Orientierung des Täters als Verstoß gegen eine sexualmoralische Norm einzuordnen ist, stellt keine hinreichende Bedingung dar, um die Handlung unter Strafe zu stellen. Dies ist auch und insbesondere für die Sexualstraftaten zu betonen, die in den letzten Jahren zunehmend im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen. Damit sind *Delikte zu Lasten von Kindern* gemeint. Die öffentliche Sensibilität für diese Thematik ist stark gestiegen und entsprechend diesem Trend gab es in regelmäßigen Abständen Gesetzesänderungen und Strafrahmenverschärfungen.[7] So wurde z.B. die Möglichkeit, beim einfachen sexuellen Missbrauch von Kindern einen minder schweren Fall anzunehmen, vor einigen Jahren abgeschafft.[8] Dies geschah nicht deshalb, weil es keine solchen minder schweren Fälle geben könnte (wie bei jeder Straftat gibt es Fälle, die an der Untergrenze des noch Strafbaren liegen, etwa einmalige, flüchtige Berührungen eines intimen Körperbereiches). Auffällig ist auch, dass die Möglichkeit einer Heilbehandlung nur in § 183 Abs. 3 StGB erwähnt wird (Strafaussetzung zur Bewährung ist bei exhibitionistischen Handlungen auch dann möglich, wenn Straffreiheit erst nach einer längeren Heilbehandlung zu erwarten ist). Hierbei handelt es sich um einen Tatbestand, der aus den siebziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts stammt, also aus einer Zeit, als Juristen und vor allem der Gesetzgeber noch optimistischer im Hinblick auf Resozialisierung waren. Ansonsten ist aber die Vorstellung, dass Heilbehandlung eine ausreichende und angemessene Reaktionsform sein könnte, nicht mehr im 13. Abschnitt des StGB zu entdecken. Blickt man von außen auf diese Entwicklungen, aus kriminologisch-soziologischer Sicht, so könnte die *Beschreibung* durchaus nahe liegen, dass bestimmte Formen der sexuellen Abweichung heute strenger bestraft werden. Es ist zwar einerseits der Wegfall traditionel-

---

[7] S. dazu *Hörnle*, FS für Eisenberg, 2009, S. 321 ff.

[8] Mit dem Gesetz zur Änderung der Vorschriften über die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und zur Änderung anderer Vorschriften vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3007.

ler Verbote abweichenden und als unsittlich eingestuften Sexualverhaltens (etwa Homosexualität oder Ehebruch[9]) zu konstatieren, andererseits werden andere Formen abweichenden Sexualverhaltens, d.h. der sexuelle Missbrauch von Kindern, strenger beurteilt.

Zu differenzieren ist aber zwischen Beschreibungen einerseits, normativen Überlegungen zur Legitimation von Strafnormen andererseits. Aus strafrechtswissenschaftlicher Sicht lauten die entscheidenden Fragen, warum bestimmtes Verhalten unter Strafe gestellt wird und ob es dafür eine überzeugende Legitimation gibt, und wie das Ausmaß des Tatunrechts festzustellen ist. Diese Fragen lassen sich beantworten, ohne dass eine Bezugnahme auf „abweichendes Sexualverhalten" erforderlich wäre. Die heutige Überschrift des 13. Abschnitts im StGB „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung" benennt das Rechtsgut, das diesen Verboten zugrunde liegt. Strafgrund ist die Missachtung der sexuellen Selbstbestimmung des Opfers. Damit sind auch die Verbote des sexuellen Missbrauchs von Kindern und das Verbot exhibitionistischer Handlungen zu rechtfertigen. Selbstbestimmung heißt in diesem Zusammenhang nicht die positive Freiheit, sein Sexualleben nach eigenen Präferenzen gestalten zu können (positive Gestaltungsfreiheit könnte nicht durch das Strafrecht geschützt werden, soweit diese die Mitwirkung anderer Personen einschließen soll). Stattdessen wird negative Freiheit geschützt, d.h. ein Abwehrrecht gewährt gegen Handlungen anderer, die nicht von einer wirksamen Einwilligung aller Beteiligten getragen sind.[10] Die Notwendigkeit einer Einwilligung bzw. das Fehlen einer solchen wirksamen Einwilligung ist der gemeinsame Nenner und das zentrale Element der Sexualdelikte. Eine wirksame Einwilligung können Kinder generell nicht erteilen; Jugendliche können es manchmal, abhängig vom Kontext; und auch bei erwachsenen Personen ist davon auszugehen, dass Gewalt, Drohungen, aber auch bestimmte Machtverhältnisse (s. die §§ 174 a bis 174 c StGB) ein „Mitmachen" zu einem unfreiwilligen machen.

Bei der Bestimmung des Tatunrechts interessiert es nicht, ob im konkret zu beurteilenden Sexualakt eine sexuelle Abweichung des Täters zum Ausdruck kam oder ob er generell zu sexuell abweichendem Verhalten tendiert. Es ist deshalb folgerichtig, dass das moderne Recht in den meisten Tatbeständen nichts enthält, was die individuelle Motivation charakterisiert. Ein Täter, der z.B. aus kommerziellen Motiven oder um seine Ex-Frau zu ärgern, ein Kind sexuell berührt, handelt nicht mehr und nicht weniger strafwürdig als derjenige, der aufgrund einer dauerhaften pädophilen Veranlagung handelt. Ob es einem Vergewaltigungstäter subjektiv auf die eigene sexuelle Befriedigung ankommt oder ob er darauf aus ist, das Opfer zu bestrafen und zu demütigen, ist für die Unrechtsbewertung genauso irrelevant. Entscheidend ist vielmehr, wie gewichtig die Missachtung der Rechte des Opfers ausfällt. Dasselbe gilt für exhibitionistische Handlungen: Der Täter wird

[9] Auch insoweit wurde die Strafbarkeit mit dem 1. Strafrechtsreformgesetz (oben Fn. 2) aufgehoben.

[10] *Sick/Renzikowski*, FS für Schroeder, 2006, S. 603, 605 f.; *Hörnle*, in: LK, 12. Aufl. 2010, Vor § 174 Rn. 41.

nicht etwa deshalb bestraft, weil er ein Exhibitionist ist. Begründen lässt sich die Strafbarkeit exhibitionistischer Handlungen vielmehr nur dann, wenn man eine Beeinträchtigung der sexuellen Selbstbestimmung betroffener Personen schildern kann. Dies ist möglich, obwohl exhibitionistische Handlungen oft Distanzdelikte, d.h. Delikte ohne körperliche Berührung, sind. Die Erfüllung des Tatbestandes setzt jedoch voraus, dass es dem Täter gerade auf die Interaktion mit einer anderen Person ankommt: Er muss einer anderen unwilligen Person die Zuschauerrolle zuweisen[11] (unvorsichtige Masturbation ohne gewollte Einbeziehung eines Zuschauers ist keine exhibitionistische Handlung).

Aus der Perspektive des Strafrechts wird die Frage nach einer sexuellen Abweichung nur dann relevant, wenn die *Schuld* des Täters zu prüfen ist. Strafurteile setzen ein zweistufiges Bewertungsverfahren voraus: Nachdem festgestellt wurde, dass eine rechtswidrige Handlung vorliegt, und auch, wie gewichtig das Unwerturteil ausfällt, bedarf es in einem zweiten Schritt noch der Überlegungen zur individuellen Verantwortlichkeit des Täters.[12] Dabei spielt der Aspekt „Schuld“ die Rolle eines Filters oder Siebes: Bei ungeminderter Schuld bemisst sich die Höhe der verhängten Strafe nach dem Unrecht.[13] Das Unrecht ist die Basis der Strafzumessung. Wenn die im zweiten Schritt vorzunehmende Schuldprüfung ergibt, dass das Unrecht überhaupt nicht vom Täter individuell zu verantworten ist, oder dass ein Schuldminderungsgrund vorliegt, bemisst sich die Strafe nicht mehr oder nur noch teilweise nach dem verwirklichten Unrecht. An *dieser Stelle* kann es auf empirisch zu ermittelnde Hintergründe ankommen. Zur Beurteilung solcher Konstellationen ist der Richter auf die Auskünfte von Sachverständigen angewiesen. Auch insoweit ist allerdings der gesetzlich festgelegte Anknüpfungspunkt *nicht* der Begriff „sexuelle Abweichung“. Entscheidend ist vielmehr der Wortlaut der §§ 20, 21 StGB, der Regelungen zu Schuldunfähigkeit bzw. geminderter Schuldfähigkeit enthält. Maßgeblich ist, ob der Täter wegen einer *schweren anderen seelischen Abartigkeit* unfähig war, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln bzw. ob seine Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert war. Täterbezogene sexuelle Abweichungen sind also nur dann und nur insoweit von Interesse, wenn diese unter den Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ gefasst werden können *und* wenn sie die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit erheblich vermindern.

Ich komme zu folgendem Ergebnis: Die Formulierung „sexuell abweichend“ sollte besser vermieden werden. Es besteht nämlich die Gefahr, dass hinter dem vermeintlich neutralen Begriff der „Abweichung“ Überlegungen ins Spiel kommen, die in ein überholtes, nicht mehr zeitgemäßes Strafrechtskonzept gehören. Dass sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Erkenntnis verbreitet hat, dass

[11] *Sick/Renzikowski* (Fn. 10), S. 613; *Laufhütte/Roggenbuck* (Fn. 5), § 183 Rn. 2; *Hörnle* (Fn. 5), § 183 Rn. 2.

[12] S. zum allgemeinen Aufbau von Delikten *Roxin* (Fn. 4), § 7 Rn. 64 ff.

[13] *Horn*, in: Systematischer Kommentar zum StGB (SK), § 46 Rn. 41 (Stand: Januar 2001).

Verhalten *nicht* deshalb zu verbieten ist, weil es „unsittlich“ oder „moralwidrig“ erscheint, ist eine wichtige und vergleichsweise spät durchgesetzte Errungenschaft des liberalen Rechtsstaats. Ein modernes Strafrecht basiert auf der Prämisse, dass seine Legitimation im Schutz der Rechte von Individuen liegt. Für das Sexualstrafrecht bedeutet dies, dass es die sexuelle Selbstbestimmung von Erwachsenen und Minderjährigen zu schützen gilt, d.h. das Recht, beim Fehlen einer wirksamen Einwilligung in Ruhe gelassen zu werden. Aus dieser Perspektive ist auch eine täterbezogene Feststellung abweichender sexueller Orientierung für die Unrechtsfeststellung überflüssig: *Warum* der Täter die Selbstbestimmungsrechte anderer missachtet hat, ist irrelevant. Selbst für die von der Unrechtsbewertung zu unterscheidende Schuldfeststellung wird die Vorstellung einer täterbezogenen „sexuellen Abweichung“ nur mittelbar bedeutsam: nämlich nur dann, wenn diese als „schwere andere seelische Abartigkeit“ einzuordnen ist. Die „Abartigkeit“ des Täterverhaltens ist für sich genommen kein Grund, von Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuld auszugehen.[14] Sexuelle Devianz, die z.B. mit der Bezeichnung „Pädophilie“ versehen wird, bedeutet nicht, dass eine andere schwere seelische Abartigkeit i.S. der §§ 20, 21 StGB vorliegt. Es bedarf vielmehr einer differenzierten psychiatrischen Diagnose, um feststellen zu können, in welchem Ausmaß die sexuellen Handlungen durch eine Persönlichkeitsstörung determiniert waren.[15]

III. Persönlichkeitsstörungen und Schuldminderungen

Im verbleibenden Teil dieses Beitrages möchte ich einige Überlegungen anstellen, die das Thema „verminderte Schuldfähigkeit“ (§ 21 StGB) betreffen. Es gibt höchstrichterliche Urteile, die bei Sexualdelikten Persönlichkeitsstörungen des Täters als „schwere andere seelische Abartigkeit“ i.S.d. §§ 20, 21 StGB gewertet haben. Zwar geht die Rechtsprechung davon aus, dass eine „schwere andere seelische Abartigkeit“ nur in „seltenen Ausnahmefällen“ zur völligen Exkulpation führe.[16] Von praktischer Bedeutung ist jedoch die Frage, ob eine Schuldminderung vorliegt. § 21 StGB lässt in Verbindung mit § 49 Abs. 1 StGB eine erhebliche Absenkung des Strafrahmens zu, d.h. die Höhe des letztlich zu verhängenden Strafmaßes kann von dieser Frage entscheidend abhängen. Außerdem sehen viele Tatbestände die Möglichkeit vor, einen minder schweren Fall anzunehmen, was mit einer beträchtlichen Strafminderung verbunden ist (etwa für die sexuelle Nötigung oder für besonders schwere sexuelle Nötigungen § 177 Abs. 5 StGB). Ein solcher minder schwerer Fall kann deshalb angenommen werden, weil die Schuld gemindert war. Dies kann z.B. bedeuten, dass für eine Vergewaltigung, bei der das Opfer körperlich schwer misshandelt wurde, statt einer Mindestfreiheitsstrafe von fünf

[14] *Schöch*, in: LK, 12. Aufl. 2003, § 20 Rn. 155.

[15] BGH NJW 1998, 2753; NStZ 2001, 243 m. Anm. *Nedopil*, NStZ 2001, 474; BGH bei *Pfister*, NStZ-RR 1999 357; BGH NStZ-RR 2004, 201; NStZ-RR 2007, 337.

[16] BGH NStZ 1998, 296, 297.

Jahren (§ 177 Abs. 4 Nr. 2 a StGB) nur von einer Mindestfreiheitsstrafe von einem Jahr (§ 177 Abs. 5 StGB) auszugehen ist, was wiederum zur Folge hat, dass die Freiheitsstrafe unter Umständen zur Bewährung ausgesetzt werden kann (§ 56 StGB).

Es gibt Konstellationen, in denen eine solche erhebliche Begünstigung zu hinterfragen ist. Zwar weist der Bundesgerichtshof als *allgemeine Leitlinie* (etwa bei Tötungsdelikten oder anderen schweren Straftaten) darauf hin, dass die Diagnose „Persönlichkeitsstörung" etwa im Sinne einer dissozialen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung *nicht ohne weiteres* mit einer schweren anderen seelischen Abartigkeit i.S.d. §§ 20, 21 StGB gleichzusetzen ist.[17] Die Filter der psychiatrischen Diagnoseinstrumente sind weiter als das dem StGB zugrunde liegende Verständnis der relevanten psychischen Störungen. Es finden sich aber im Bereich des *Sexualstrafrechts* Urteile, in denen Abnormalitäten der Persönlichkeit zu Strafmilderungen geführt haben. So hat der Bundesgerichtshof einem Täter, der seine Ehefrau mehrfach vergewaltigt hatte, zugute gehalten, dass es sich um „sexuell-sadistische Bestrafungsrituale" gehandelt habe, die Teil einer zusammenfassend als „Eifersuchtswahn" bezeichneten Persönlichkeitsstörung seien.[18] Das Gericht hat aus diesem Grund § 21 StGB angewandt und ferner festgestellt, dass die sadistische Komponente, weil sie auf die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sei, nicht straferhöhend angerechnet werden dürfe. Als Anlass für die Anwendung von § 21 StGB galten ferner Persönlichkeitsstörungen, für die ein „Mangel an Empathie und Einfühlen in die emotionale Befindlichkeit anderer" charakteristisch sei.[19]

Einstellungen, die mit den Stichworten „sadistisch", „Bestrafung" oder „Mangel an Empathie" zu beschreiben sind, dürften für Sexualstraftäter, die Gewaltdelikte begehen, durchaus charakteristisch sein. Es ergibt sich deshalb ein paradoxer Effekt: Je fester straftatenfördernde Charaktermerkmale und Verhaltensdispositionen in der Persönlichkeit des Täters verankert sind, umso milder kann die Strafe ausfallen. Der Gesetzgeber hat dieses Paradox ermöglicht, indem er entschieden hat, die „schwere andere seelische Abartigkeit" in den Katalog des § 20 StGB aufzunehmen. In der Diskussion, die dieser Gesetzgebung vorausging, wurde auf die Gefahr eines „Dammbruches" verwiesen.[20] Zwar zeichnet sich eine Expansion der Exkulpationsziffern nicht ab, also dann nicht, wenn es um die Anwendung des § 20 StGB mit der weitreichenden Folge: Straffreiheit geht (so gibt *Streng* in einer bis 2000 reichenden Statistik an, dass in weniger als 1 % der Aburteilungen wegen Sexualstraftaten Schuldunfähigkeit angenommen wird)[21]. Beunruhigend sind jedoch andere empirische Befunde: Überraschend hoch sind die Zahlen, die sich ergeben, wenn nicht gerichtlich begutachtete Angeklagte und Strafgefangene auf

[17] BGHSt. 49, 45, 50 ff.

[18] BGH NStZ-RR 2002, 165 f.

[19] BGH StV 1998, 76.

[20] S. zur Gesetzgebungsgeschichte *Streng*, in: MK, Bd. 1, 2003, § 20 Rn. 7.

[21] (Fn. 20), § 20 Rn. 9.

Persönlichkeitsstörungen untersucht werden. Bei der Hälfte bzw. knapp der Hälfte der Untersuchten war eine Persönlichkeitsstörung festzustellen.[22] Diese Zahlen betrafen nicht im Speziellen Personen, die wegen Sexualdelikten angeklagt bzw. inhaftiert waren. Nicht ganz fernliegend ist aber die Vermutung, dass bei Sexualstraftätern die systematische Suche nach Persönlichkeitsstörungen ähnliche oder vielleicht noch höhere Zahlen zutage bringen könnte. Möglicherweise ergäben sich auch dann erhöhte Trefferquoten, wenn man den weiten Kreis der Persönlichkeitsstörungen einengt und nur die kleinere Gruppe von Tätern mit einer schweren anderen seelischen Abartigkeit zu identifizieren sucht.

Versucht man, das Unbehagen gegenüber einer Berücksichtigung von schweren Persönlichkeitsstörungen zu systematisieren, so zeigen sich zwei unterschiedliche Themenkomplexe. Die erste Frage, die sich stellt, bezieht sich auf den Aspekt „Gefährlichkeit". Drohen Gefahren für potentielle Opfer, wenn Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen erheblich gemilderte Straften erhalten und dementsprechend früher wieder in die Lage versetzt werden, außerhalb der Haftanstalt weitere Sexualdelikte zu begehen? Auf den ersten Blick scheint es eine Antwort auf diese Frage zu geben. § 63 StGB sieht als sog. Maßregel der Besserung und Sicherung die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus vor, wenn der Täter im Zustand der verminderten Schuldfähigkeit eine Straftat begangen hat und für die Allgemeinheit gefährlich ist. Wird eine solche Unterbringung angeordnet, ist damit auch Gefahrenvermeidung für die Zeitspanne der Maßregel verbunden. Es gibt jedoch Konstellationen, in denen die Rechtsprechung zwar einerseits § 21 StGB anwendet, andererseits aber eine Unterbringung gem. § 63 StGB ablehnt. Der Bundesgerichtshof hat eine Strafmilderung nach § 21 StGB auf der Basis der Diagnose „Borderline-Persönlichkeit" akzeptiert, dabei aber im selben Fall eine solche „eher unspezifische" Diagnose als unzureichende Basis für eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus eingestuft.[23] Konsequenz ist, dass solche Täter in den Genuss einer Strafmilderung kommen und trotz der weiterhin bestehenden, neue Straftaten wahrscheinlicher machenden Persönlichkeitsstörung schneller in Freiheit gelangen. In solchen Fällen führt der in dubio pro reo-Grundsatz zu einer doppelten Begünstigung der Angeklagten, die aus der Perspektive „Gefahren für potentielle Opfer" bedenklich ist.

Das zweite Problem ergibt sich aus den soeben genannten Zahlen zur möglichen Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen. Wenn tatsächlich bei einem nicht unbeträchtlichen Teil aller Sexualstraftäter eine schwere andere seelische Abartigkeit feststellbar wäre, die die Steuerungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt, würden sich Probleme für die Funktionen ergeben, die Kriminalstrafe zu erfüllen hat. Nur solange ungeminderte Strafen die Regel, die Fälle von geminderter Schuldfähigkeit dagegen Ausnahmen sind, ist die Gewährung von schuldbedingten Strafminderungen unproblematisch. Entscheidend ist zweierlei: Erstens darf die Ernsthaftigkeit

[22] Nachweise bei *Schöch* (Fn. 14), § 20 Rn. 175.

[23] BGHSt. 42, 385 ff.

der Verhaltensnormen nicht in Frage gestellt werden. Im straftheoretischen Schrifttum wird insoweit von „positiver Generalprävention" gesprochen: Strafrechtliche Verurteilungen haben die Funktion, die Normgeltung zu bekräftigen.[24] Zweitens sollten berechtigte Genugtuungsinteressen der Tatopfer nicht auf breiter Front durch großflächig gewährte Strafmilderungen untergraben werden. Zwar ist den Opfern grundsätzlich zumutbar, beim Vorliegen von Schuldminderungsgründen eine deshalb geminderte Strafe zu akzeptieren – dies zu begründen fällt jedoch leichter, solange Minderungen einer besonderen Lage des Täters entsprechen und nicht routinemäßig gewährt werden. Wenn genaueres Hinsehen und verfeinerte Diagnosen in zunehmendem Maß dazu führen würden, dass bei vielen Sexualstraftätern § 21 StGB angewendet wird, könnte dies bedeuten, dass das Strafrecht die Aufgabe der positiven Generalprävention und die Aufgabe, den Opfern Genugtuung zu verschaffen, nicht mehr erfüllen könnte. Ob derartige pessimistische Aussichten auf ein Umkippen des Regel-Ausnahme-Verhältnisses bestehen, weil tatsächlich bei Sexualstraftätern erhebliche Persönlichkeitsstörungen weit verbreitet sind, können Strafrechtswissenschaftler nicht beantworten – hierfür sind wir auf die Erkenntnisse der empirischen Wissenschaften angewiesen.

Die einzige Möglichkeit, auf rechtswissenschaftlicher Seite zu reagieren, besteht darin, vergleichsweise hohe Anforderungen an die gesetzlichen Merkmale der „schweren" anderen seelischen Abartigkeit und der „erheblichen" Verminderung der Steuerungsfähigkeit zu stellen. Der Bundesgerichtshof verweist darauf, dass die Frage der Erheblichkeit eine normative Frage sei, die der Richter zu entscheide habe. Für die Anforderungen an die vom Einzelnen zu verlangende Verhaltenssteuerung komme es auch auf die Schwere des Delikts an.[25] Allerdings führt das Bemühen um eine sparsame Anwendung des § 21 StGB durch restriktive Auslegung der Tatbestandsmerkmale zu Ergebnissen, die unter Gerechtigkeitsaspekten bedenklich sind. Entspricht der zu Begutachtende dem Idealtypus z.B. einer dissozialen Persönlichkeit und wäre aufgrund der Stärke der Ausprägung tatsächlich von einer schweren anderen seelischen Abartigkeit i.S.d. §§ 20, 21 StGB auszugehen, so hat man es mit dem „Idealtypus des Kriminellen"[26] zu tun. Kontrastiert man eine solche Extremausprägung dissozialer Persönlichkeitszüge mit einer Vergleichsperson, bei der immerhin noch Reste und Rudimente von Empathie erhalten geblieben sind, so erscheint es unbefriedigend, letzterer mit dieser Begründung eine Schuldminderung zu versagen, weil die Abartigkeit nicht schwer genug ist, ersterem aber zu gewähren.[27] Letztlich komme ich zu dem Ergebnis, dass es zweifelhaft ist, ob die Entscheidung zur Aufnahme der „schweren anderen seelischen Abartigkeit" in die §§ 20, 21 StGB eine weise Entscheidung des Gesetzgebers war.

---

[24] S. dazu z.B. *Jakobs* Strafrecht Allgemeiner Teil, 2. Aufl. 1991, 1/4 ff.; *Roxin* (Fn. 4), § 3 Rn. 26 ff.; *Frister* Strafrecht Allgemeiner Teil, 4. Aufl. 2009, S. 22 ff.

[25] BGHSt. 49, 45, 53.

[26] *Streng* (Fn. 20), § 20 Rn. 96.

[27] S. zum Gerechtigkeitsproblem auch *Schöch* (Fn. 14), Rn. 174.

Diagnose und Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Sexualstraftätern

Professor Dr. med. Jürgen L. Müller
Dipl.-Psych. Peter Fromberger

I. Wann ist eigentlich eine Tat eine Sexualstraftat?

Sexualstraftaten sind nicht notwendigerweise sexuell motivierte Taten. Während beispielsweise bei einem Fetischismus ein sexuelles Motiv sich in einer nichtsexuellen Handlung äußert, manifestieren sich in einer Vergewaltigung aggressive Impulse durch sexuelle Handlungen.

Kasuistik I:
Ein Proband suchte immer wieder Reisende am Bahnhof auf, vorwiegend Anzug- und Schlipsträger und bat sie, ihm die Krawatte zu binden. Er habe ein Vorstellungsgespräch, wolle sich darauf vorbereiten und entsprechend kleiden, könne allerdings keine Krawatte binden. Die Mehrzahl der von ihm angesprochenen Männer kam seiner Bitte nach und half ihm, einen Krawattenknoten zu binden. Währenddessen onanierte der Proband unter der Hose. Die Frequenz nahm deutlich zu, so dass der Proband mehrmals pro Tag am Bahnhof anzutreffen war und seinen Lebensrhythmus auf die sexuelle Handlung einengte.

Kasuistik II:
Ein 27-jähriger Proband drang nachts in ein Wohnappartement eines Altersheims ein und vergewaltigte eine etwa 70-Jahre ältere Frau oral, vaginal und anal. In der

Biographie ließ sich rekonstruieren, dass die Vergewaltigungen Ausdruck eines Aggressionsdurchbruchs war, der sich im Laufe des Abends gegen die Mutter aufgestaut hatte.

Es ist also notwendig zu differenzieren: Patienten mit Paraphilie, also einer Störung der Sexualpräferenz, sind nicht gleichzusetzen mit Sexualstraftätern. Sexualstraftäter haben dagegen häufig keine Paraphilie.

Diagnose:
Die operationalisierten Diagnosesysteme unterscheiden verschiedene Formen der Sexualpräferenz. Gemäß Kategorie F65 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 werden die Diagnosen Fetischismus, fetischistischer Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus, multiple Formen der Sexualpräferenz und sonstige Störungen der Sexualpräferenz unterschieden (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Die deskriptiven Klassifikationssysteme fassen dabei verschiedene Motive und Tätergruppen zusammen. Am Beispiel der Pädophilie werden weiter gehende Versuche aufgezeigt, die Täter näher zu typologisieren. So lassen sich, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die auf Richard von Krafft-Ebing zurückgehende Psychopathia Sexualis, die Tätertypologie nach Wille (1971), nach Schorsch (Schorsch, 1971), nach Groth (Groth, Hobson & Gary, 1982), nach Simkins (Simkins et al., 1990), nach Holmes (Holmes & Holmes, 1996) sowie nach Knight & Prentky (1990) unterscheiden. Während Richard von Krafft-Ebing (1886) in der Psychopathia Sexualis nichtpsychopathologische Motive wie beispielsweise den Wüstling oder den ängstlich vermeidenden Jugendlichen von pathologischen Fällen wie beispielsweise den Täter mit erworbenen Hirnschäden, mit angeborenen Hirnerkrankungen oder krankhafter Disposition bei der Begehung von sexuellen Handlungen zum Nachteil von Kindern in kasuistischer Form abgrenzte, stützten sich spätere Typologien auf umfangreichere Aktenanalysen und Auswertungen. Die Klassifikation nach Schorsch (1971) ist aufgrund der Anschaulichkeit für die Begutachtung vor Gericht recht verbreitet. Sie unterscheidet fünf Typen: den kontaktarmen retardierten Jugendlichen, den sozial randständigen, minderbegabten Jugendlichen, den instabilen und sozialdesintegrierten Täter im mittleren Lebensalter, den pädagogische Beziehungen erotisierenden Täter sowie den Alterspädophilen. Empirisch, zumindest für die USA und Kanada am besten belegt ist die Typologie nach Knight & Prentky (1990), die verschiedene Tätertypen nach dem Ausmaß der sexuell devianten Fixierung und der Häufigkeit der Kontakte unterscheidet. So werden Täter mit einem hohen bzw. einem niedrigem Ausmaß an Fixiertheit nochmals hinsichtlich einer hohen bzw. niedrigen sozialen Kompetenz unterschieden. Als zweites Kriterium wird die Häufigkeit der Kontaktaufnahme weiter differenziert in die Motivstruktur der Kontaktaufnahmen sowie das Ausmaß an Gewalt. Mit Hilfe dieses elaborierten Systems sind auch empirische Studien vorgelegt worden (z.B. Looman et al., 2001).

Die operationalisierten Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM IV fordern für die Diagnose einer Störung der Sexualpräferenz wiederholt auftretende intensi-

ve sexuelle Impulse und Fantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen. Der Täter muss entsprechend diesen Impulsen handeln oder sich durch diese Impulse deutlich beeinträchtigt fühlen. Die entsprechende Präferenz muss seit mindestens 6 Monaten bestehen. Für die spezifischere Diagnose einer Pädophilie sind neben diesen allgemeinen Kriterien weitere zu fordern: Die anhaltende oder dominierende Präferenz für sexuelle Handlungen mit einem oder mehreren Kindern vor deren Pubertät. Darüber hinaus müssen die Betroffenen mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter sein als das Kind oder die Kinder. Die Klassifikationskriterien nach DSM IV sind im Wesentlichen vergleichbar, ermöglichen aber eine zusätzliche Unterteilung in exklusive und nicht-exklusive pädosexuelle Interessen.

II. Zur Ätiologie sexueller Devianz

Gegenwärtig wird von einem multifaktoriell bedingten Geschehen ausgegangen, wobei die einzelnen Faktoren auch wechselseitig interagieren. Neben der anlagebedingten sexuellen Devianz werden psychodynamische Konzepte, entwicklungsbedingt entstandene Repräsentationen des idealen Partners, der idealen sexuellen erotischen Aktivität im Sinne der lovemappings, kognitiv behaviorale Modelle und andere differenziert. Ein Vierfaktorenmodell nach Hall & Hirschmann (1991) differenziert sexuelle Erregungen, kognitive Verzerrungen, affektive Kontrolldefizite sowie persönliche Probleme, während das 5-Pfadmodell nach Ward und Siegert (2002) dysfunktionale Mechanismen, deviante sexuelle Skripts und Beziehungsschemata, Intimitätsdefizite, emotionale Dysregulation und dissoziale Kognitionen unterscheidet. Die verschiedenen Pfade nach Ward und Siegert eröffnen auch unterschiedliche Zugangsweisen für therapeutische (medikamentöse, psychotherapeutische) Behandlungen. Das aktuell elaborierteste Ätiologiemodell wurde von Ward & Beech (2006) vorgelegt (ITSO, the integrated theory of sexual offending). Bei Übernahme einiger Konzepte aus dem Pfadanalyse-Modell beinhaltet dieses Konzept auch eine biologische und neuropsychologische Komponente. ITSO geht davon aus, dass sowohl biologische (genetische und evolutionäre Faktoren) als auch Faktoren des sozialen Lernens eine entscheidende Rolle bei der Entstehung sexueller Devianzen besitzen. Deviante sexuelle Erregung entsteht in diesem Modell aufgrund von Defiziten in einem oder mehreren von drei neuropsychologisch beschreibbaren Systemen: das emotional-motivationale System, das Handlungsauswahl- und Handlungskontroll-System sowie das Wahrnehmungs- und Gedächtnissystem.

Darüber hinaus sind in jüngerer Zeit auch Hypothesen zu neurobiologischen Modellen erforscht und publiziert worden. Eine spektakuläre Kasuistik von Burns & Swerdlow (2003) illustriert die mögliche Relevanz neurobiologischer Veränderungen bei der Genese pädophiler Delikte. Ein etwa 40-jähriger Schullehrer wurde durch pädophile Handlungen auffällig. Bei der Abklärung fiel ein großer

präfrontaler Tumor auf. Dieser wurde operativ entfernt, wonach die sexuell übergriffigen und sexuell enthemmten Verhaltensmuster abklangen. Nach 2 Jahren kam es erneut zu einem sexuell enthemmten Verhalten. Bei der Nachuntersuchung fiel ein frontales Tumorrezidiv auf. Diese Kasuistik unterstreicht die mögliche Relevanz neurobiologischer Veränderungen für die Ätiopathogenese von sexuellen Delikten. Fraglich bleibt, ob der präfrontale Tumor zu einer mehr oder weniger unspezifischen Enthemmung sexueller Verhaltensmuster führte oder ob der präfrontale Kortex in einer gewissen Weise spezifisch an der Genese der pädophilen Handlungen beteiligt ist.

Die Relevanz neurobiologischer Veränderungen bei der Genese von Sexualstraftaten ist seit langem bekannt. Bereits Richard von Krafft-Ebing wies auf neurobiologische Veränderungen bei Sexualstraftätern hin. 1939 publizierten Klüver und Bucy das nach ihnen benannte Syndrom, das das Auftreten von Hyperoralität und bizarrer Hypersexualität bei Affen in Folge einer bitemporalen Läsion des anterioren Temporallappens beschrieb. Bei insbesondere temporal lokalisierten Schlaganfällen kommt es in 6 – 10 % der Fälle zum Auftreten von Sexualstraftaten und Hypersexualität. Bei Temporallappenanfällen werden häufig sexuelle Auren beschrieben, wobei auch Fetischismus und Transvestitismus vorkommen. Bei demenziellen Prozessen und frontotemporalen Neoplasien können sexuelle Enthemmungen und Paraphilie gehäuft auftreten. Ätiopathogenetisch ungeklärt bleibt jedoch, inwieweit die neurobiologischen Veränderungen zu einer Enthemmung des sexuellen Verhaltens, zu einer Demaskierung paraphiler Neigungen führen oder die neurobiologischen Prozesse ätiopathogenetisch-spezifische Hirnstrukturen verändern. Größere Untersuchungen beispielsweise mit Patienten eines Reha-Zentrums für Hirnverletzte stellten im Vorfeld der Aufnahme bei 6,5 % der Patienten Sexualdelikte fest. In einer Analyse von 685 pädophilen Probanden ließen sich in der Vorgeschichte mehr Hirnverletzungen im Alter von unter 13 Jahren nachweisen als bei vergleichbaren Kontrollprobanden, doch nicht nach dem Alter von 13 Jahren. Untersuchungen von Blanchard 2002 und 2003 mit 413 pädophilen und 793 nichtpädophilen Straftätern korrelierten Kopfverletzungen vor dem Alter von 6 Jahren mit einer höheren Inzidenz von Pädophilie, mit niedrigerer Intelligenz und geringerem Ausbildungsgrad. Eine Studie von Langevin 2006 zeigte bei 476 zur Begutachtung zugewiesenen männlichen Sexualstraftätern, dass mehr als die Hälfte von diesen Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit, 22,5 % sogar neurologische Veränderungen in der Vorgeschichte hatten. Dabei interagierten Lebenswandel und Drogenkonsum mit den organischen Veränderungen, hinsichtlich der Delikte fand sich jedoch kein Unterschied. Eine jüngere Untersuchung von Aigner et al. 2000 stellte in einer Kernspinuntersuchung von 96 psychisch gestörten Insassen eines Hochsicherheitsgefängnisses bei 48,8 % zentralnervöse Veränderungen fest. Bei einer hochgewalttätigen Gruppe zeigten 65,5 % kernspintomographisch fassbare Veränderungen des Gehirns. 59,4 % der Sexualstraftäter in der hochgewalttätigen Gruppe hatten Hirnveränderungen. Dagegen zeigten nur 16,6 % der Probanden in der niedriggewalttätigen Gruppe sowie 22,2 % der Sexualstraftäter

aus derselben Gruppe kernspintomographisch fassbare Veränderungen des Gehirns. Es bestand also eine hochsignifikante Assoziation zwischen Hirnveränderungen und gewalttätigem Verhalten, dagegen fand sich in dieser Studie keine signifikante Assoziation zwischen Sexualdelikten und Hirnveränderungen. Auch eine weiterführende Studie von Eher et al. 2000 weist in dieselbe Richtung.

Die biologischen Modelle zur Sexualität schreiben dem frontalen Kortex die Modulation von Trieb und sexueller Aktivität zu, temperolimbischen Strukturen die Regulation der sexuellen Appetenz im Sinne von Trieb und die Modulation sexuellen Verhaltens und der genitalen Reaktionen. Thalamus, Hypothalamus, Septum, Hippokampus, Pallidum und Striatum werden mit der Stärkung der sexuellen Ansprechbarkeit sowie Hypersexualität und Paraphilie in Zusammenhang gebracht. Aktuelle neurobiologische Untersuchungen nutzen strukturelle und funktionelle Magnetresonanztomographie, um neurobiologische Korrelate insbesondere bei Probanden mit Pädophilie zu untersuchen. Frontostriatale und zerebelläre Volumenminderungen bei Probanden mit Pädophilie wiesen Schiffer et al. 2006 nach. Die Arbeitsgruppe um Schiltz et al. 2007 konnte bei 8 von 15 Probanden mit Pädophilie eine bereits makroskopisch sichtbare Aufweitung des rechten Unterhorns nachweisen. In der Gruppenstatistik fanden sich Volumenminderungen der Amygdala, des Hypothalamus, des bed nucleus stria terminalis, der septalen Region sowie der Substantia innominata. Einen methodenkritischen Überblick über die bislang vorliegenden Ergebnisse liefert Fromberger et al. 2009. Aktivierungsstudien mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie ließen bei Kontrollprobanden im Vergleich zu Probanden mit Pädophilie eine Überaktivierung durch erotische IAPS-Bilder (Bilder aus dem International Affective Picture System) nachweisen, und zwar im dorsolateralen präfrontalen Kortex, im dorsalen periaquäduktalen Grau (PAG) sowie im Hypothalamus. Im Rahmen einer Studie von Sartorius et al. 2008 war eine Überaktivierung der Amygdala bei Probanden mit Pädophilie zu erkennen.

In der Zusammenfassung sind die bislang vorliegenden Ergebnisse zur Pädophilie ermutigend und Perspektiven weisend, allerdings hinsichtlich der Ergebnisse, der verwendeten Stimulationsmaterialen, des Kollektivs und der einbezogenen Kontrollprobanden ebenso wie hinsichtlich des verwendeten Studiendesigns heterogen. Einen methodenkritischen Überblick über hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Studien bei Probanden mit Pädophilie liefert Fromberger et al. 2007. Von größerer Bedeutung ist die Optimierung des diagnostischen Zugangs. Probanden mit Pädophilie haben insbesondere, wenn sie zur Behandlung im Maßregelvollzug oder in der JVA untergebracht sind, gute Gründe, die pädophile Neigung zu dissimulieren. Diagnostische Verfahren, die auf die Selbstauskunft der Patienten beruhen, sind diesbezüglich angreifbar. Jüngere Studienansätze suchen nach objektiveren, von der Selbstauskunft unabhängigen Verfahren zur Diagnosestellung. Gegenwärtig werden Stimulationsdesigns entwickelt und evaluiert. Dabei können nicht einfach Abbildungen möglicher Personen oder von Kindern verwendet werden. Dies würde die Persönlichkeitsrechte verletzen. Verfahren mit künstlich gene-

rierten Materialien müssen aber noch optimiert werden, um auch vergleichbare Effekte zu erzielen. Gegenwärtig arbeiten verschiedene Forschergruppen an der Entwicklung eines entsprechenden Designs und einer von der Selbstauskunft unabhängigen Diagnostik. In Göttingen wird die Blickregistrierung mit Hilfe der Eyetracking-Methode zur indirekten Erfassung der sexuellen Präferenz anhand des Blickverhaltens der Probanden beim Betrachten störungsrelevanter sexueller Stimuli untersucht. Ausgehend von der Hypothese, dass sexuell deviante Probanden sich von nicht devianten Probanden hinsichtlich des Blickverhaltens beim Betrachten sexuell relevanter Stimuli unterscheiden, werden entsprechende Studien auch mit Probanden mit Pädophilie durchgeführt. Um auf die beteiligten neurobiologischen Korrelate rückschließen zu können, wurde in einer Pilotstudie das Eyetracking-Verfahren mit der funktionellen Magnetresonanztomographie korreliert. Dabei konnten Korrelationen zwischen Hirnaktivierungsmustern und bestimmten Blickrichtungen und Fixationen aufgezeigt werden.

III. Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Sexualstraftätern

§ 20 StGB definiert die Schuldunfähigkeit in Folge einer psychiatrischen Störung: „Ohne Schuld handelt, wer bei der Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, wegen Schwachsinns oder wegen einer anderen schweren seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln". Im zweistufigen System der Schuldfähigkeitsbeurteilung ist zunächst eine psychiatrische Diagnose zu stellen und diese unter das juristische Eingangsmerkmal zu subsumieren. In einem zweiten Schritt ist die durch die Störung im Sinne des Eingangsmerkmals bedingte Beeinträchtigung der Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit zu diskutieren. So sind die auf einer Hirnpathologie beruhenden devianten Störungen unter das Eingangsmerkmal der krankhaften seelischen Störung zu subsumieren. Häufiger treten Sexualstraftaten auch infolge einer unter das Eingangsmerkmal des Schwachsinns zu subsumierenden Minderbegabung auf. Während Sexualstraftaten infolge einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung kaum vorkommen, ist jedoch das Gros der Störungen der Sexualpräferenz unter das vierte Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit zu subsumieren, sofern der Schweregrad der Störung hinreichend ausgeprägt ist. Hierzu genügt es nicht, dass einzelne Missbrauchshandlungen zum Nachteil von Kindern begangen wurden, auch die Diagnose einer Pädophilie ist noch nicht hinreichend, die geforderte forensische Erheblichkeit zu begründen. Um das Merkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit zu erfüllen, müssen darüber hinaus auch Alltagsgestaltung, Lebenswirklichkeit und soziale Bezüge hinreichend schwer beeinträchtigt sein. Dies bedeutet, dass die Pathologie sich nicht nur im Tatgeschehen erkennen lassen darf, sondern darüber hinaus die gesamte Lebensgestaltung und den Lebensweg des Betroffenen erheblich beeinträchtigt.

Wenn die aus psychiatrischer Sicht gestellte Diagnose eines der juristischen Eingangsmerkmale erfüllt, so ist in einem zweiten Schritt tatzeitbezogen die Relevanz der Beeinträchtigung bei der Tatbegehung zu prüfen, und zwar, ob sie das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit) aufgehoben bzw. in einer erheblichen Weise beeinträchtigt hat. Hilfreich und noch immer weit verbreitet sind bei der Beurteilung des Schweregrads die Progredienzkriterien nach Schorsch (1971): Es werden eine periodische Akzentuierung eines dranghaft gesteigerten sexuellen Verlangens mit innerer Unruhe, eine starke sexuelle Fantasiebesetzung, eine Progression im Längsschnitt bei immer kürzer werdenden Abständen zwischen den entsprechenden Manifestationen, signalhafte Auslöser der sexuellen Handlungen, erotische Fixierungen mit hoher Masturbationsfrequenz sowie der Wunsch nach Behandlungen gefordert. Das Konzept nach Giese basiert auf der Analogie der Progredients des sexuell devianten Verhaltens mit dem Süchtigkeitskonzept und begreift sexuelle Perversion als einen süchtigen Verfall an die Sinnlichkeit.

Um die Einheitlichkeit der Begutachtung zu fördern, wurden 2005 von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe am Bundesgerichtshof Mindestanforderungen bei Schuldfähigkeitsbegutachtungen, und zwar inhaltliche und formale Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten, vorgelegt. Aufgrund der besonderen Bedeutung wurden konkrete Kriterien zur Erstellung von Schuldfähigkeitsgutachten bei Persönlichkeitsstörungen sowie bei Sexualstraftätern dargelegt. Inhaltlich muss die Exploration vollständig sein zu den Delikten in diagnoserelevanten Bereichen. Die Untersuchungsmethoden müssen genannt werden, die diagnostischen Kriterien dargelegt und Differentialdiagnosen aufgezeigt werden. Ebenso sind die aus der Störung resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen darzulegen. Hat die Beeinträchtigung überhaupt eine Relevanz für die Anlasstat oder ereignete sich die Tat, ohne dass sie durch eine gegebenenfalls bestehende Störung verursacht worden wäre? Die psychiatrische Diagnose ist dann den Eingangsmerkmalen korrekt zuzuordnen. Dies muss transparent dargestellt und nachvollziehbar bewertet werden. Konkretisiert bei der Begutachtung von Sexualstraftaten erfordern die Mindestanforderungen eine nähere Darlegung, von welchen Anknüpfungstatsachen ausgegangen worden ist. Eine ausführliche Sexualanamnese ist obligat. Noch vor zwei Jahrzehnten bestand die durchschlagendste Kritik an einem Gutachten darin, dass bei der Beurteilung von Sexualstraftätern häufig nicht einmal eine Sexualanamnese erhoben worden war. Diese ist ein obligater Bestandteil. Hierzu gehört, die Rahmenbedingungen und den Verlauf der sexuellen Sozialisation mit Entwicklung der geschlechtlichen Identität, der geschlechtlichen Orientierung, mit Zeitpunkt und Verlauf etwaiger Störungen und Erkrankungen, relevante Stadien der sexuellen Entwicklung, Inhalte erotischer Fantasien und Imaginationen, Erleben sexueller Übergriffe in der Kindheit, Behandlungen, Pornographiekonsum, Prostituiertenkontakte, Beziehungsanamnese usw. darzulegen. Gab es im Vorfeld der Anlasstat schon sexualdelinquente Handlungen? Dies alles muss in das Gutachten einfließen. Erfüllt die deviante Entwicklung die diagnostischen Kriterien für

die Einordnung als Paraphilie nach den gängigen Klassifikationssystemen? Dies muss nachvollziehbar dargelegt werden.

In einem weiteren Schritt ist der Schweregrad der Beeinträchtigung zu prüfen. Nicht jede Paraphilie ist schon so ausgeprägt, die juristischen Kriterien einer schweren anderen seelischen Abartigkeit zu erfüllen. Diese Erheblichkeit muss nachvollziehbar begründet werden. Hierzu ist auszuführen, welchen Anteil die Paraphilie an der Sexualstruktur, welchen Anteil das paraphile Muster im Erleben gewonnen hat. Darzulegen ist, wie die paraphile Neigung in das Persönlichkeitsgefüge integriert ist, welchen Stellenwert und welche Funktion nicht deviante Persönlichkeitsanteile haben können. Wenn das Sexualverhalten weitgehend durch die paraphile Neigung bestimmt ist, wenn nicht deviante Anteile keine Kontrollfunktion mehr ausüben können, wenn sich das Leben zunehmend auf die paraphile Handlung konzentriert und letztlich das komplette Verhalten bestimmt, wenn nicht deviante Verhaltensmuster zunehmend an Relevanz verloren haben, ist ein Schweregrad erreicht, der die Zuordnung zum Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit rechtfertigt. In einem letzten Schritt ist die Devianz schließlich in Beziehung zu jener dem Täter zur Last gelegten Tat zu setzen. War die Paraphilie ursächlich für die Anlasstat, war die Tat Symptom der Paraphilie? Auch hierfür gibt es Kriterien. So liegt es beispielsweise, wenn es im Vorfeld zu einer konflikthaften Zuspitzung, zu einer Labilisierung von Persönlichkeit und Erleben kam. Weitere Kriterien sind in den Mindestanforderungen dargelegt.

Illustriert in der eingangs beschriebenen Kasuistik des Krawattenbinders: Wenn es zu einer periodischen Akzentuierung des dranghaft gestalteten sexuellen Verlangens kommt mit innerer Unruhe, mit starker sexueller Besetzung der Fantasie, wenn die Fantasien quasi ausschließlich von den sexuell devianten Inhalten besetzt sind, wenn die Symptomatik im Längsschnitt progredient ist, wenn die Fantasien auch andere Bereiche einbezogen haben, wenn sich die Handlungen in immer kürzer werdenden Abständen manifestieren, wenn es zu signalhaften Auslösern kommt, wobei beispielsweise eine Krawatte bereits die sexuelle Handlung bahnt, die hierdurch erzielte Bedürfnisbefriedigung allerdings immer geringer wird, so dass die Handlungen in immer kürzeren Abständen wiederholt werden, das Leben des Betroffenen sich nur noch am Bahnhof abspielt, ist eine Progredienz im Sinne des von Giese genannten süchtigen Verfalls an die Sinnlichkeit erreicht und begründet eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt.

Literatur

Aigner M., Eher R., Fruehwald S., Frottier P., Gutierrez K., Dwyer S.M. (2000) Brain Abnormalities and violent Behavior. J of Psychology and Human Sexuality 11:57-64.

Beauregard M., Lévesque J., Bourgouin P. (2001) Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. J Neurosci 21:RC 165.

Blanchard R., Kuban M.E., Klassen P., Dickey R., Christensen B.K., Cantor J.M., Blak T. (2003) Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment. Arch Sex Behav. 32:573-81.

Blanchard R., Christensen B. K., Strong S. M., Cantor J.M., Kuban M.E., Klassen P., Dickey R., Blak T. (2002) Retrospective self-reports of childhood accidents causing unconsciousness in phallometrically diagnosed pedophiles. Arch Sex Behav. 31:511-26.

Bötticher A., Nedopil N., Bosinski H., Saß H. (2005) Mindestanforderungen an Schuldfähigkeitsgutachten. NStZ 25:57-62.

Briken P., Habermann N., Berner W., Hill A. (2005) The influence of brain abnormalities on psychosocial development, criminal history and paraphilias in sexual murderers. J Forensic Sci 50:1204-8.

Burns J.M., Swerdlow R.H. (2003) Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. Archives of Neurology 60:437-440.

Cantor J.M., Kabani N., Christensen B.K., Zipursky R.B., Barbaree H.E., Dickey R., Klassen P.E., Mikulis D.J., Kuban M.E., Blak T., Richards B.A., Hanratty M.K., Blanchard R. (2008) Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. J of Psychiatric Research 42:167-183.

Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10,Kapitel V (F).Huber, Bern.

Dreßing H., Obergriesser T., Tost H., Kaumer S., Ruf M., Braus D.F. (2001) Homosexuelle Pädophilie und funktionelle Netzwerke – fMRI-Fallstudie. Fortschr Neurol Psychiat 69:539-544.

Eher R., Aigner M., Frühwald S., Frottier P., Gruenhut C. (2000) Social Information Processed Self-Percieved Aggression in Relation to Brain Abnormalities in a Sample of Incarcerated Sex Offenders. J of Psychology and Human Sexuality 11:37-47.

Fromberger, P., Krippl, M., Stolpmann, G., Müller, J. L. (2007) Neurobiologie der pädophilen Störung - eine methodenkritische Darstellung bisheriger Forschungsergebnisse. Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 1, 249-258.

Fromberger P., Stolpmann G., Jordan K., Müller J.L. (2009) Neurobiologische Forschung bei Pädophilie – Ergebnisse und deren Konsequenzen für die Diagnostik pädosexueller Straftäter. Zeitschrift für Neuropsychologie, 20 (3), 193-205.

Hall G.C., Hirschman R. (1991) Toward a theory of sexual aggression: a quadripartite model. J Consult Clin Psychol. 59:662-9.

Hucker S., Langevin R., Wortzman G., Dickey R., Bain J., Handy L., Chambers J., Wright S. (1988) Cerebral damage and dysfunction in sexually aggressive men. Annals of Sex Research 1:33-47.

Giese H. (1962) Psychopathologie der Sexualität. Enke Verlag, Stuttgart.

Groth A.N., Hobson W.E., Gary T.S. (1982) The child molester: clinical observations. Journal of Social Work and HumanSexuality 1:129–144.

Holmes R.M., Holmes S.T. (1996) Profiling violent crimes: an investigative tool. Sage Publications, Thousand Oaks.

Joyal C.C., Black D.N., Dassylva B. (2007) The neuropsychology and neurology of sexual deviance: a review and pilot study. Sex abuse: a journal of research and treatment 19:155-73.

Klüver H., Bucy P.C. (1937) “Psychic blindness” and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in rhesus monkeys. American Journal of Physiology 119, 352–353.

Knight R., Prentky R. (1990) Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall W., Laws D., Barbaree H. (Eds): Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender. Plenum Press, New York 27-52.

Krafft-Ebing R. (1886) Psychopathia Sexualis – Eine Klinisch-Forensische Studie. Enke Verlag.

Lang P.J., Bradley M.M., Cuthbert B.N. (1999) International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings. Gainesville, FL The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.

Langevin R., Bain J., Wortzman G., Hucker S., Dickey R., Wright P. (1988) Sexual sadism: brain, blood, and behavior. Ann N Y Acad Sci 528:163-71.

Langevin R. (2006) Sexual offences and traumatic brain injury. Brain Cogn 60:206-7.

Looman, J., Gauthier, C., Boer, D. (2001) Replication of the Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology in a Canadian Sample. J Interpers. Violence, 16, 753.

Mendez M.F., Chow T., Ringman J., Twitch1ell G., Hinkin C.H. (2000) Pedophilia and temporal lobe disturbances. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 12:71-6.

Müller J.L., Sartor H., Schuierer G., Marienhagen J., Putzhammer A., Klein H.E. (2001) Psychopathie und Hirntrauma: Beiträge zur Neurobiologie der Gewalt. Nervenheilkunde 330-337.

Müller J.L. (2009) Sadomasochism and hypersexuality in autism linked to amygdalohippocampal lesion? J of Sexual Medicine (in press).

Müller J.L. (2009) Neurobiologie forensisch relevanter Störungen. Kohlhammer Verlag .

Nedopil N., Blümcke I., Bock H., Bogerts B., Born C., Stübner S. (2008) Tödliche Lust – sadistischer Fetischismus. Forensisch-psychiatrische Begutachtung von Sexualstraftäter. Nervenarzt 79:1249–1262.

Redouté J., Stoléru S., Grégoire M.D., Costes N., Cinotti L., Lavenne F., Le Bars D., Forest M.G., Pujol J.F. (2000) Brain Processing of Visual Sexual Stimuli in Human Males. Hum Brain Mapp 11:162-77.

Sartorius A., Ruf M., Kief C., Demirakca T., Bailer J., Ende G., Henn F.A., Meyer-Lindenberg A., Dressing H. (2008) Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 258:271-7.

Schiffer B., Peschel T., Paul T., Gizewski E., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski M., Krueger T.H. (2007) Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. J Psychiatr Res 41:753-62.

Schiffer B., Paul T., Gizewski E., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski M., Kruger T.H. (2008) Functional brain correlates of heterosexual paedophilia. Neuroimage 41:80-91.

Schiffer B., Krueger T., Paul T., de Greiff A., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski M., Gizewski E. (2008) Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. J Psychiatry Neurosci 33(1).

Schiffer B., Gizewski E., Krueger T. (2009) Reduced Neuronal Responsiveness to Visual Sexual Stimuli in a Pedophile Treated with a Long-Acting LH-RH Agonist. Intern. Journal of Sexual Medicine 6(3):892-4.

Schiltz K., Witzel J., Northoff G., Zierhut K., Gubka U., Fellmann H., Kaufmann J., Tempelmann C., Wiebking C., Bogerts B. (2007) Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. Arch Gen Psychiatry 64:737-46.

Simkins, L., Ward, W., Bowmann, S., Rinck, CM, de Souza, E. (1990). Predicting treatment outcome for child sexual abusers. Annals of Sex Research, 3, 21-57.

Schorsch E. (1971) Sexualstraftäter. Enke Verlag Stuttgart.

Ward, T., Beech, T. (2006) An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11,* 44-63.

Ward T. und Siegert R. (2002) Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting perspective. Psychology, Crime and Law 9:319-351.

Walter M., Witzel J., Wiebking C., Gubka U., Rotte M., Schiltz K., Bermpohl F., Tempelmann C., Bogerts B., Heinze H.J., Northoff G. (2007) Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation. Biol Psychiatry 15:698-701.

Walter M., Bermpohl F., Mouras H., Schiltz K., Tempelmann C., Rotte M., Heinze H.J., Bogerts B., Northoff G. (2008) Distinguishing specific sexual and general emotional effects in fMRI – Subcortical and cortical arousal during erotic picture viewing. Neuroimage May 40:1482-94.

Walter M., Schiltz K., Peter E., Bogerts B. (2009) Neurobiologische Grundlagen veränderter Sexualfunktionen. Neurotransmitter 5:65-70.

Bericht über die Podiumsdiskussion

Berichterstatter: Dipl.-Jur. Carsten Dochow

Der Moderator, *Herr Professor Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Engel*, eröffnete die Abschlussdebatte mit der Bemerkung, dass aus den vorangegangenen Vorträgen viel Neues zu erlernen gewesen sei und diese eine interessante Abschlussdiskussion erwarten ließen.

Frau Dr. phil., Dipl. Psych. Katinka Schweizer, MSc griff einen Kommentar von Herrn Professor Müller auf und wollte wissen, ob es wirklich so einfach bzw. überhaupt möglich sei, zwischen der „klassischen“ Kriminalität oder dem „klassischen“ Kriminellen und einem Menschen mit einer schweren dissozial gefärbten Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Die Diplompsychologin unterstellte, dass bei jedem Kriminellen auch hohe Einschränkungen aufzufinden seien, wenn man zum Beispiel eine ausführliche OPD-Diagnostik[1] (Strukturdiagnostik nach Gerd Rudolf) durchführen und so die strukturellen Fähigkeiten wie Steuerungsfähigkeit und Empathiefähigkeit erfassen würde.

Herr Professor Dr. med. Jürgen L. Müller merkte dazu an, dass es durchaus Kriterien zur Unterscheidung gebe. Zwar seien solche Einschränkungen häufig auszumachen, doch bestünde die entscheidende Frage darin, ob diese Beeinträchti-gungen sich auch derart im gesamten Verhalten niedergeschlagen haben, dass letztlich die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit in erheblicher Weise beeinträchtigt gewesen ist. Mit Blick auf Untersuchungen von Haftinsassen könne man in ca. 70 bis 80 % der Fälle eine ICD-10-Diagnose stellen. Die damit aufgeworfene Frage, ob diese Insassen alle zu Unrecht in den JVA`s einsitzen, müsse man aber – ungeachtet der si-

[1] Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.

cherlich vorkommenden Fälle von Fehlbegutachtungen – mit „Nein" beantworten. Denn die Persönlichkeitsstörung müsse stets ein gewichtiges Ausmaß erreicht haben, damit sie die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit erheblich beeinträchtige. *Herr Professor Müller* verdeutlichte, dass es dafür allein nicht genüge, dass die Kriterien erfüllt sind, sondern es sei ein Niederschlag im gesamten Verhalten erforderlich. Es genüge auch nicht, dass sich die Einschränkungen bei der Tat niedergeschlagen haben, sondern es müsse der komplette Lebensweg betroffen, d.h. das gesamte Erleben und das gesamte soziale Gefüge durch eine solche Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt sein. Dies zusammengenommen müsse eine besondere Relevanz und einen besonderen Schweregrad abbilden, erst dann sei die Zuordnung zu dem Eingangsmerkmal der SASA[2] berechtigt.

Frau Dr. phil., Dipl. Psych. Katinka Schweizer, MSc wies ergänzend darauf hin, dass es beispielsweise für einen Borderline-Patienten bedeutsam sei, *nicht* für schuldunfähig erklärt zu werden, weil es ein ganz wichtiger therapeutischer Schritt sei, dass dieser die Schuld annehme und schließlich auch bei sich etwas verändere.

Herr Professor Dr. med. Jürgen L. Müller fügte noch an, dass nach den ICD-10-Kriterien für 50 bis 70 % der Bevölkerung eine ICD-10-Diagnose gestellt werden könne, d.h. je nachdem, welche Untersuchungsmethode man zugrundlege, also etwa jeder Zweite betroffen wäre. Das genüge aber nicht für die Feststellung einer *erheblichen* Einschränkung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, weil sonst die Aufrechterhaltung unseres Alltags nicht mehr möglich wäre.

Herr Privatdozent Dr. med. Andreas Hill maß der Diskussion um die schweren Psychopathen eine große Bedeutung bei, weil hierin letztendlich auch etwas Normatives sichtbar werde. Mit Blick auf die Befunde von schweren Psychopathen könne man feststellen, dass diese seit ihrer Kindheit und Jugend auffällige dissoziale Verhaltensweisen, bspw. eine fehlende Impulskontrollsteuerung und/oder schwere Empathiemängel aufwiesen. Es gebe deutliche biologische Hinweise darauf, dass die Frontalhirnstörung massive Beeinträchtigungen der emotionalen Regulationsfähigkeit zur Folge habe: Die Betroffenen hätten verminderte Schreckreaktionen, seien weniger erregbar, würden keine Angstgefühle kennen usw. Trotzdem werden sie in der Regel als voll schuldfähig angesehen und schließlich allenfalls der Sicherungsverwahrung unterworfen; zur Anerkennung einer verminderten Schuldfähigkeit und Unterbringung im Maßregelvollzug komme es dagegen meist nicht. Hierbei handele es sich seiner Auffassung nach um eine normative Entscheidung, dass man das wirklich sozusagen „rein Böse" nicht dekulpieren bzw. exkulpieren wolle. Soweit weitere biologische Hintergründe für die Androverität gefunden werden, sei dieses Konstrukt, nämlich eine andere normative Entscheidung zu treffen als zum Beispiel bei der Pädophilie oder beim sexuellen Sadismus, zunehmend schwieriger aufrechtzuerhalten. Es müsse daher hinterfragt werden, ob nicht eine Behandelbarkeit dieser Personen in Betracht komme und man nicht anschließend entscheiden könne, ob diese eher im psychiatrischen Maß-

[2] Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit (SASA).

regelvollzug oder in einem Gefängnis untergebracht werden sollten. Dies erschließe sich von der Pathologie her, und hier müsse man sich ernstlich fragen, wie „frei" der Wille bei solchen Personen überhaupt noch sein könne.

Herr Professor Dr. med. Jürgen L. Müller erwiderte, dass die dabei üblicherweise genannten Eigenschaften wie „Kaltblütigkeit", „Furchtlosigkeit" usw. natürlich auch jene Eigenschaften seien, die Menschen zu einer Führungsposition in der Gesellschaft prädisponierten. Herr Ackermann oder Michael Schuhmacher wären anders sicherlich nicht erfolgreich gewesen, so dass diese Eigenschaften allein noch nicht die Krankheit ausmachen dürften.

Frau Professorin Dr. iur. Tatjana Hörnle wies mit Blick auf die Buchstaben des Gesetzes darauf hin, dass schwere dissoziale Persönlichkeitsstörungen eindeutig unter § 20 StGB zu subsumieren wären, wenn eine gewisse Erheblichkeit gegeben sei. Die Lösung, die Herr Privatdozent Dr. Hill andeute, wäre zwar ein gangbarer Weg, der im Moment jedoch außerhalb des Gesetzes liege. Der BGH tendiere zwar in diese Richtung, indem zwar nicht § 20, wohl aber § 21 StGB gelegentlich für solche Fälle angenommen werde.

Herr Professor Dr. med. Jürgen L. Müller ergänzte, dass das einschlägige Referenzsystem für die Annahme des § 20 eine akute Psychose erfordere, so dass die von Herrn Privatdozent Dr. Hill in Bezug genommenen Personen hierunter i.d.R. nicht gefasst werden könnten, weil sie den erforderlichen Schweregrad nicht erreichen würden; denn diese Personen hätten noch einen wirksamen Bezug zur Wirklichkeit.

Herr Professor Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Engel leitete nun über zu der Frage, wie es gerechtfertigt werden könne, dass bei einem intersexuellen Kind keine Operation zur Geschlechtsanpassung durchgeführt werden dürfe, bevor es 18 Jahre alt ist. Ein solches Kind würde sich in einer Situation befinden, in welcher es im schulischen Sport- oder Schwimmunterricht möglicherweise die ganze Zeit gehänselt und gemobbt werde. Damit könnten erhebliche Probleme sowie Entwicklungsstörungen einhergehen und es könne die Gefahr entstehen, dass diese Person zum Beispiel in irgendeiner Weise aufgrund dieser gesamten Erlebnissituation straffällig werde.

Diese Fragestellung werde von der falschen Seite aufgeworfen, erwiderte daraufhin *Frau Professorin Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M.*. Die Grundfrage sei nämlich, wie diese Operationen gerechtfertigt werden könnten, wenn sie nicht zum Erhalt des Lebens erforderlich seien. Menschen dürften nicht bereits deswegen operiert werden, weil die Gesellschaft sie nicht aushält. Ein Hänseln in der Schule sei schließlich auch bei anderen Diskriminierungen einschlägig. Es würden nur Aufklärung und Bemühungen dazu helfen, dass sich das Umfeld in der Schule und der sozialen Mitwelt ändere. Häufig werde diese Situation in den AWMF[3]-Leitlinien aber als psychosozialer Notfall dargestellt. Jedoch sei nicht das neugeborene Kind als der psychosoziale Notfall zu begreifen, sondern vielmehr die Eltern und die

[3] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Mitwelt. Um das Leid der Eltern zu mildern, könne das Kind nicht operiert werden, sondern es müsse nach Behandlungen für die Eltern gesucht werden.

Herr Professor Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Engel führte dagegen das Beispiel des vierjährigen Kindes an, das den Kindergarten besucht und dort nackt spielend am Schwimmbecken von anderen Kindern mit den Worten angesprochen werde: „Ach, du siehst aber komisch aus. Was hast du denn da? Du bist ja gar kein Junge." Dies ginge seiner Auffassung nach doch unweigerlich mit einer Traumatisierung für das Kind einher. Damit hätte die Situation nichts mit den Eltern zu tun.

Frau Professorin Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M. fragte danach, ob dabei nicht auch Projektion im Spiel sei und es sich tatsächlich um eine Traumatisierung des Kindes handele. Mit Verweis auf die Contergan-Geschädigten stelle sich die Frage, wie die Gesellschaft mit ungewöhnlichen Körperbildern umgehe und diese zur Krankheit konstruiere. Diese Beobachtungen in Kindergärten oder unter den Kindern beträfen schließlich auch andere Dinge wie beispielsweise dicke Beine oder abstehende Ohren. Weil jeder Mensch anders sei, könnten nicht alle in eine Standardform eingepasst werden. Die hinter den Operationen stehenden „guten Absichten" dahin, die spätere psychosoziale Entwicklung dieser Kinder zu fördern, seien nicht in Abrede zu stellen, allerdings falle eine solche Prognose schwer. Letztlich erfordere es der Respekt vor der im Entstehen befindlichen Persönlichkeit und der körperlichen Integrität, von Operationen – soweit nicht aus anderen zwingenden Gründen erforderlich – regelmäßig abzusehen und anstelle dessen Akzeptanz zu fördern und den angemessenen Umgang mit diesen Menschen zu erlernen.

Eine *Zuhörerin aus dem Auditorium* erkannte in den Ausführungen von Herrn Professor Engel, dass dieser ganz unbewusst und ohne irgendeine Absicht eigentlich den Beweis erbracht hätte, dass diese lebensweltlichen Beschränkungen kulturell bedingt seien. Wenn gesagt werde, dass diese Gesellschaft mit diesen Menschen nicht umgehen könne und eine Operation von Kindern nötig sei, weil diese nicht in die Gesellschaft hineinpassen würden, dann sei dies nichts anderes als bei der Beschneidung eines afrikanischen Kindes. Es sei jedoch Aufgabe der Kindergärten und der Schulen, Schutz vor Diskriminierung zu bieten. Im Vergleich zu den zuvor ebenfalls angesprochenen Straftätern seien diese Kinder unschuldig und es werde ihnen mit diesen Operationen ihre persönliche und biologische Kraft genommen. Dem Kindeswohl sei also verstärkt Beachtung zu schenken.

Herr Professor Dr. med. Peter Wieacker wies darauf hin, dass er im Rahmen seines Vortrages die Fragestellung auf das Tumorrisiko beschränkt habe, das zwischen 30 und 40 % liegen könne, ohne dass damit notwendig eine Indikation gegeben sein müsse. Fraglich sei aber, ob man auch umgekehrt annehmen könne, dass bei einem Kind mit Gonadendysgenesie[4] eine Aufklärung über das Risiko auch dann zu erfolgen habe, wenn eine Operation nicht zulässig wäre. Wenn es schließlich zu ei-

[4] Fehlen funktionstüchtiger Keimzellen, vgl. Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl. 2007, S. 720.

nem Dysgerminom komme, mache sich der Arzt doch schuldig, wenn er nicht darüber aufgeklärt habe.

Frau Professorin Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M. wies darauf hin, dass eine umfassende Aufklärung ohnehin stets gegeben sein müsse.

Eine *Zuhörerin aus dem Auditorium* gab an, dass ihr Menschen bekannt seien, die mit einer Gonadendysgenesie über 40 Jahre alt geworden seien. Das Problem bestünde darin, dass stets nur das Risiko der Gonadektomie[5] gesehen werde, aber nicht das Risiko einer Hormonersatztherapie. Nach Erkenntnis verschiedener Studien steige das Brustkrebsrisiko dann bei einer Einnahme von mehr als fünf Jahren auf 70 % an. In der späteren Pubertät würden dann ohne Rücksicht auf das Kerngeschlecht Östrogene verabreicht. Bei diesem Verfahren werde das Leben des Einzelnen aber nicht hinreichend gewürdigt, wenn stets nur auf das kleine, isolierte Krebsrisiko abgestellt werde.

Aus dem *Auditorium* stellte ein *Professor der Gynäkologie* klar, dass diese Risikoerhöhung nicht für Jugendliche oder Erwachsene bis zum 50. Lebensjahr gelte und er entgegnete mit Verweis auf eine neue S3-Richtlinie[6], dass das Brustkrebsrisiko erst mit dem 52. Lebensjahr steige und eine Hormoneinnahme ab diesem Alter dann nicht mehr erforderlich sei.

Einen weiteren, generellen Aspekt aus der Diskussion aufgreifend, war es für *Professor Dr. iur. Gunnar Duttge* evident, dass in dem Moment der Bewertungsvornahme unhintergehbar mit „Normalitätsstandards" gearbeitet werde. Biologisch und psychisch verlaufen die Dinge hingegen offenbar doch sehr unterschiedlich. Jede Bewertung setze aber voraus, von einem Fixpunkt auszugehen, bei dem das Bewertete als „normal" gelten könne und kein Handlungsbedarf gegeben sei, so dass die Variationen mit Blick darauf immer einer Rechtfertigungslast unterlägen. Andererseits könne das gesellschaftliche Leben ohne Normalitätsstandards gar nicht auskommen. Im Strafrecht werde das besonders deutlich: Es reagiert auf manifeste Taten, die andere schädigen und als besonders gravierende Missachtung anderer zu bewerten seien. Aber dies beantworte nur die Unrechtsfrage und erspare nicht die Folgeüberlegung, ob diese Tat für diese Personen nicht vielleicht doch unvermeidlich gewesen sein könnte mit der Folge, dass allenfalls unter Berücksichtigung von Gefährlichkeitsaspekten ein „Wegsperren" oder eine Behandlung erwogen werden könne, aber eine Bestrafung ausscheide. Mit anderen Worten stelle sich daher stets die gleiche Grundfrage, woher diese Normalitätsvorstellungen kämen, welche Berechtigung sie hätten und ob sie nicht in gewisser Weise stets verändert, den besseren Erkenntnissen angepasst werden müssten.

Frau Dr. phil., Dipl. Psych. Katinka Schweizer, MSc forderte ein tatsächliches Reflektieren der Geschlechtermodelle, mithin der Normen, welche dem medizinischen, juristischen und psychologischen Handeln zugrunde lägen. In einer jüngst

---

[5] Die operative und in der Regel vollständige Entfernung der Gonaden (Geschlechtsdrüsen, vgl. Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl. 2007, S. 720).

[6] Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland.

erschienenen Arbeit zum medizinischen Umgang mit intersexuellen Themen werde gefordert, dass man in der Behandlung oder im clinical management ganz klar zwischen Identitäts- und medizinischen Fragen unterscheiden möge. Die in der Debatte begegnende Argumentation aus Sicht der optimal gender policy verdeutliche, dass man soziale Stigmatisierungen durch medizinische Interventionen verringern wolle. Das angenommene Risiko für das Kindeswohl sei dabei lange Zeit handlungsleitend und sicher auch gut gemeint gewesen. Eine Hamburger Studie an fast 70 Teilnehmenden habe allerdings gezeigt, dass die angestrebten Ziele einer solchen optimal gender policy wie beispielsweise sexuelle Funktionsfähigkeit, psychosexuelles und psychosoziales Wohlbefinden und stabile Geschlechtsidentität bei einem Großteil der Teilnehmer nicht erreicht worden wären. Ungeachtet der Frage, worauf dies exakt zurückzuführen sei, müsse daraus aber gefolgert werden, dass Präzisierungen und Reflektionen erforderlich seien. Es stelle sich etwa die Frage nach der Indikation, wenn es sich im Einzelfall um eine soziale oder psychosoziale Problematik handle, wenn man bei den Eltern oder beim Kind Schmerz vermeiden wolle. Dabei sei auch das Unbewusste zu reflektieren, das unserem Handeln zugrunde liege. Für die Behandlungen sei in der Vergangenheit gerade das Zwei-Geschlechter-Modell sehr prägend gewesen und habe das Kindeswohl nicht immer befördert.

Herr Professor Dr. med. Peter Wieacker war der Auffassung, dass sich der Begriff der „Normalität“ meistens nach der Mehrheit richte. Dies werde an einem Beispiel deutlich, in welchem vor ein paar Jahren ein Gen identifiziert worden sei, welches eine bestimmte Krankheit hervorrufe, bei der es zu einer schweren Asymmetrie des Kopfes komme. Als der Humangenetiker mit den Familien gesprochen habe, hätte die betroffene Mutter eines Kindes zu ihm gesagt, dass er selbst eine genetische Beratung aufsuchen müsse, wenn alle Menschen so wie sie aussehen würden. Dies sei auch folgerichtig, weil es sich bei den Personen mit der Asymmetrie des Kopfes dann um die Mehrheit handeln würde. Trotzdem habe das mittlerweile sechsjährige betroffene Kind von sich aus gesagt, dass es operiert werden wolle, mithin eine Änderung wünschte. In diesem Fall habe sich das Kind äußern können und es sich auch nicht um eine lebensbedrohliche Situation, sondern vielmehr um ein ästhetisches Problem gehandelt.

Herr Professor Dr. iur. Gunnar Duttge merkte zu dieser Ausführung an, dass darin natürlich eine richtige Beschreibung liege, aber auch die Gefahr gegeben sei, dass Entscheidungen getroffen und Handlungen vorgenommen würden, die sehr stark geprägt seien von dieser Mehrheitsmeinung, welche die Individualität und letztlich das unverschuldete Schicksal der betroffenen Personen nicht mehr respektieren könnte. Mit Blick auf das benannte Beispiel des sechsjährigen Kindes sei für Juristen zudem die Frage aufgeworfen, wie sehr diese Meinungskundgabe, von der man überdies nicht wissen könne, wie und in welchem Umfeld sie zustande gekommen sei, zum Maßstab genommen werden dürfe für eine zugeschriebene, angeblich „selbstbestimmte“ Entscheidung. Es sei doch bekannt, dass Menschen sich in einem Alter von sechs Jahren meist andere Dinge wünschen als mit zwanzig, drei-

ßig oder vierzig Lebensjahren. In grundsätzlicher Hinsicht mache es einen wesentlichen Unterschied, ob man von vornherein von einer bestimmten Normalitätsvorstellung ausgehen müsse und jene Personen, die nicht in das Raster fielen, dann immer ein Problem hätten, oder ob man ohne diese Vorprägung tatsächlich frei wählen könne. Zudem sei es mit der Grundidee einer medizinischen Indikation schwer vereinbar, wenn es gar nicht um negative Folgewirkungen eines Zustands nach medizinischen Erkenntnissen gehe, sondern um das Vermeiden von sozialen Stigmatisierungen; die hier wegweisende Normalitätsvorstellung, die Lebenschancen im sozialen Miteinander eröffnen will, liege zumindest auf einer ganz anderen Wertungsebene und müsse deshalb gesamtgesellschaftlich diskutiert und entschieden werden. Der blanke Verweis auf die „selbstbestimmte" Entscheidung des Einzelnen greife da – selbst bei einem Volljährigen – eindeutig zu kurz.

Herr Professor Dr. med. Cornelius Frömmel legte dar, dass ausgerechnet in Göttingen, wo neben der Normalität die „Normalverteilung" auf dem Denkmal stehe (Gauß), selbst die Normalität als eine Verteilung zu verstehen sei. Es sei nur die Frage, wann die Grenze zur Unmoral erreicht sei. Die Streuung scheine ihm dabei allerdings wahnsinnig groß zu sein. In einer zweiten Bemerkung gab der Dekan der Medizinischen Fakultät an, dass Werte wie wissenschaftliche Hypothesen ungefähr ein bis zwei Generationen existierten und wohl erst mir ihren Trägern aussterben und nicht, weil sie falsch werden. Dass sich wahrscheinlich das Recht genau in derselben Weise weiterentwickle, werde auch im hiesigen Kontext künftig eine Rolle spielen mit Blick auf eine Gesellschaft, in der viele mit ihrem Körper nicht mehr zufrieden seien und verschiedenartigste Änderungen vornehmen lassen werden.

Für *Frau Professorin Dr. iur. Konstanze Plett* ist entscheidend aber die Frage, ob statistische Normalität abgesehen von Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit auch unbedingt rechtlich reguliert werden müsse. Die von Herrn Professor Frömmel angeführte Ausgangsthese, wonach keine Gesellschaft ohne Normen, Werte oder Leitlinien im Sinne von Handlungsorientierungen auskomme und solche fortlaufend entwickele bzw. verändere, werfe für die Juristin die Frage auf, ob jede gesellschaftliche Handlungsorientierung stets auch in eine Rechtsnorm übersetzt werden müsse und ob frühere Übersetzungen in Rechtsnormen vielleicht nicht auch einmal entbehrlich seien. Bei der Geschlechterthematik werde immer auch die Frage bedeutsam, welche Aussagekraft ein Geschlechtsunterschied überhaupt haben könne, wenn die Unterschiede innerhalb eines Geschlechts größer seien als die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Eine auffällige Zahl aus Untersuchungen über homo- und heterosexuelle Männer und Frauen (wonach 61 % der heterosexuellen Frauen, aber nur 11 % der heterosexuellen Männer Freude an der Ausübung gegengeschlechtlicher Tätigkeiten haben) mache den Einfluss der gesellschaftlich vorherrschenden Geschlechterverhältnisse deutlich.

Herr Privatdozent Dr. med. Andreas Hill empfand, dass die Geschichte der Homosexualität und des gesellschaftlichen Umgangs mit Homosexualität ein gutes Beispiel sei, um eben nicht in die „Normalitäts"- bzw. „Normalverteilungs"-Falle

zu laufen. Noch vor 30 Jahren hätte man womöglich einen operativen Eingriff vorgenommen, wenn man irgendetwas gefunden hätte, was der Homosexualität als Marker hätte dienen können. Mit dem Argument, dass diese Kinder schließlich homosexuell würden, dass sie gehänselt und schließlich straffällig werden könnten (weil das Strafrecht sie zu Straffälligen macht), wäre man sodann zu der Auffassung gelangt, dass eine Behandlung unvermeidbar sei. Es habe durchaus Behandlungen gegeben, in denen stereotaktische Operationen sowie massive chemische oder antihormonelle Behandlungen etc. an Homosexuellen vorgenommen wurden. Davon sei man heute Gott sei Dank wieder abgekommen. In der Tat könne die aus der Psychiatrie bekannte, mehr oder weniger akute Selbst- oder Fremdgefährdung zum Anlass für (auch rechtliche) Interventionen gemacht werden. Wenn überhaupt, dann seien aber nicht diese paternalistischen Vorstellungen überzeugend, das Kind vor der Konfrontation mit gesellschaftlichen Normen zu schützen, sondern es sei eher zu fragen, wie man diese „pathogenen Normen" vielleicht auch verändern könne, wenn der Zustand nicht lebensbedrohlich sei und nicht zu einem erheblichen Leiden führe.

Frau Professorin Dr. iur. Tatjana Hörnle stimmte im Hinblick auf die Problematik der Operationen zu, dass es jeweils darauf ankomme, wie groß das Risiko des späteren Entstehens von etwas Bösartigem sei sowie auf das Ausmaß des Verlusts an Lebensqualität durch die Operation. Ferner sei bedeutsam, ob im Erwachsenenalter oder im Kindesalter mit einer bösartigen Wucherung gerechnet werden müsse. Der entscheidende Punkt sei aber natürlich, ob die Eltern gewissermaßen für das Kind einwilligen können. Auch dies lasse sich leider nicht in die eine (immer) oder andere (nie) Richtung eindeutig beantworten.

Herr Professor Dr. iur. Gunnar Duttge ergänzte, dass die elterliche Entscheidungsbefugnis nach geltendem (Familien-)Recht nur einer Art „Missbrauchs"-Kontrolle unterstehe, indem mit dem elterlichen Erziehungsrecht kein Blankoscheck ausgestellt sei, sofern die Ausübung dieser Bestimmungsmacht dem Wohl des Kindes widerspreche. Mit dem Begriff des „Kindeswohls" bestehe daher für die Gesellschaft – wenngleich aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 6 Abs. 2 GG) nur innerhalb eines eng begrenzten Rahmens – doch wieder (mittelbar) die Möglichkeit, die Grenze des gesellschaftlich noch Tolerierten festzulegen.

Die Vorstellung vom Wohl des Kindes sei schließlich, so *Frau Dr. phil., Dipl. Psych. Katinka Schweizer, MSc,* stets in den kulturellen Kontext eingebunden. Gerade ein Verheimlichen und die Tabuisierung der Diagnose „Intersex" bilde den Kontext, der dann auch das weitere Vorgehen bestimme. Auch das Implizite wie etwa die impliziten Stimmungen im Kreißsaal seien von Bedeutung. So mache es einen Unterschied für Eltern, ob diese bei der Geburt gesagt bekämen: „Sie haben ein gesundes Kind, wir wissen nur noch nicht, ob es ein Junge oder ein Mädchen ist", oder wenn die Aussage laute: „Es ist, oh Schreck, weder ein Junge noch ein Mädchen!". Schließlich wisse man doch aus empirischen Studien, welche psychologischen Wirkungen Äußerungen von Ärztinnen und Ärzten haben. Solche werden häufig stark verinnerlicht und wirken mitunter selbst 30 Jahren nach.

Wenn man das Kindeswohl als das höchste Gut begreife, das über allem stehe, knüpfte *Frau Professorin Dr. iur. Konstanze Plett* an, so sei es bedeutsam, in welchen Fällen wer wann – also ex post oder ex ante – eine Überprüfung vornehme. Die Möglichkeit, das elterliche Sorgerecht zu beschränken, setze stets einen Antrag beim zuständigen Gericht voraus; werde dieser Antrag nicht gestellt, so bleibe es ein gesellschaftliches Problem. Gewalt in der Familie auch gegen Kinder sei aber anders zu bewerten als die Frage, dass bestimmte Maßnahmen nur mit Einwilligung oder nur unter Vorlage medizinischer Gutachten und nur durch richterliche Entscheidung möglich seien. Vergleichend wurde die Geschlechtszuweisung bei intersexuellen Kindern und die Geschlechtsänderung Transsexueller betrachtet, welche trotz der Unterschiedlichkeit der Phänomene genügend Ähnlichkeiten aufwiesen, um die Divergenz der rechtlichen Verfahren in Frage zu stellen. Bei der Transsexualität werden eine höchstpersönliche Einwilligung, ein Antrag sowie zwei voneinander unabhängige Gutachten sowie die gerichtliche Entscheidung vorausgesetzt. Bei der Geschlechtszuweisung im Rahmen von intersexuellen Kindern müsse man nicht nur die Gonadektomie wegen eines Risikos im Blick haben; erfasst seien auch das Anlegen einer Neovagina und die Klitorissektion oder -ektomie. Alle diese weitreichenden Operationen spielten sich jedoch allein im privaten Raum zwischen Eltern und den verschiedenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Kliniken ab, ohne dass dabei eine externe Kontrolle stattfinde. Einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedürfe es insoweit nicht; nicht der Stellvertretung zugänglich und damit verboten sei allein die Sterilisation von Minderjährigen.[7]

[Auf eine entsprechende Nachfrage erläuterte *Frau Professorin Plett*:] Der Straftatbestand gegen männlichen Exhibitionismus[8] sei historisch-kulturell schlicht ein „Überbleibsel“. Vergleichbares finde sich auch im Arbeitsschutzrecht in der Regelung, wonach das Arbeiten von weiblichen Jugendlichen im Rotlichtmilieu verboten sei, von männlichen Jugendlichen (mit Zustimmung der Eltern) hingegen nicht. Männliche Jugendliche bedürften jedoch desselben Minderjährigenschutzes und seien nicht weniger schutzwürdig oder -bedürftig.

Frau Professorin Dr. iur. Tatjana Hörnle ergänzte, dass der „weibliche Exhibitionismus“ im Gegensatz zu männlicher Prostitution von niemandem als Problem empfunden werde, auch wenn das alltagssprachliche Verständnis von Exhibitionismus ein anderes sei. Wenn dabei allerdings von „Normalität“ die Rede sei, müsse natürlich stets auch der Einfluss der Medien mit bedacht werden; diese geben

[7] § 1631 c BGB - Verbot der Sterilisation: Die Eltern können nicht in eine Sterilisation des Kindes einwilligen. Auch das Kind selbst kann nicht in die Sterilisation einwilligen. § 1909 findet keine Anwendung.

[8] § 183 Abs. 1 StGB (Exhibitionistische Handlungen): „Ein Mann, der eine andere Person durch eine exhibitionistische Handlung belästigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

eine bestimmte Rollenvorstellung vor, die so in den Köpfen der Jugendlichen fest verankert werde.

Herr Privatdozent Dr. med. Andreas Hill führte weiter aus, dass für den Bereich der Wirkung von Pornographie bereits einige signifikante Befunde vorlägen: Der Baltic-Sea-Study könne entnommen werden, dass Mädchen häufiger als Jungen davon berichtet hätten, sich durch das, was sie in dort sähen, mit ihrem Körper unglücklich zu fühlen. Dies beträfe ca. 25 bis 30 % der Mädchen, die sich natürlich mit den Pornodarstellerinnen (und deren in 80 % der Fälle vergrößerten Brüsten) vergleichen würden. Einer weiteren empirischen Studie könne entnommen werden, dass die durchschnittliche Penislänge eines Pornodarstellers bei Erektion 20 cm betrage, bei der Normalbevölkerung jedoch lediglich bei 14 cm liege. Man könne sich daher vorstellen, dass dies möglicherweise auch bei Männern Minderwertigkeitskomplexe auslöse. Nicht ohne Grund nehme daher die Nachfrage nach brust- und genitalchirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen enorm zu. Bisher gebe es jedoch keinerlei begrenzende Regulierungen, die bestimmte Anforderungen an die plastische Chirurgie stellen würden. Ganz im Gegensatz zu Operationen bei Trans- oder Intersexuellen würden insbesondere auch keine Gutachten gefordert. Die hier bestehenden „Normen“ sind also allein jene, die durch die Medien, durch Schönheitsvorstellungen und Ideale vorgegeben werden würden. Man müsse sich hierbei verstärkt die Frage nach den Auswirkungen stellen. Wie eine juristische Lösung aussehen könnte, sei fraglich; in erster Linie handle es sich jedoch um pädagogische Fragen, wenngleich die standesrechtlichen Vorgaben im Bereich der plastischen Chirurgie kritisch zu würdigen seien. Die Standesorganisationen würden vermutlich aus ökonomischen Gründen komplett versagen.

Herr Professor Dr. med. Cornelius Frömmel kam nochmals auf die Diskussion um das Normalitätsverständnis zu sprechen: Seinem Verständnis nach sei der Normalitätsbegriff – auch mit Blick auf Sexualität – nicht nach dem Mittelwert zu bestimmen, sondern müsse aus der gesamten Breite des gesellschaftlichen Lebens bis zu seinen Rändern ermittelt werden und erreiche seine Grenze erst dort, wo es beginne, für die Gesellschaft gefährlich zu werden. Des Strafrechts bedürfe es daher so lange nicht, wie für andere oder die Gesellschaft keine Gefahr bestehe.

Aus dieser großen Vielzahl denkbarer Varianten bis hin zu den Extremen müsse jedoch nach dem Verständnis von *Herrn Professor Dr. iur. Gunnar Duttge* für den Begriff der Normalität etwas Fassbares extrahiert werden, wenn sich das Verständnis nicht auf die reine Beschreibung des Ist-Zustandes beschränken solle. Diese könne man jedenfalls nicht mit dem Begriff der Normalität verbinden, weil ansonsten jedes Verhalten „normal“ sei. Soweit man der Normalität überhaupt einen übergreifenden, maßstabgebenden Impetus beimessen wolle, so müsse aus der Beschreibung der Vielfalt irgendwas gefolgert werden. Man könne entweder den Durchschnitt errechnen und diesen zur Norm erheben oder es könnten gesondert normative Standards herangezogen werden, so dass aufgrund bestimmter Kriterien der Grenzverlauf bestimmt werde. Andernfalls sei die Individualität das Normale, die von Individuum zu Individuum verschieden sei, also letztlich alles „normal“.

Herr Professor Dr. med. Cornelius Frömmel präzisierte daraufhin, dass die Grenze im Sinne des kategorischen Imperativs Kants zu ziehen sei: Die Grenze des Einzelnen sei also dort erreicht, wo die Grenze des anderen verlaufe und vice versa. Einschränkend gelte jedoch noch ein weiterer Aspekt: Der einzige bestehende evolutionäre Auftrag sei nämlich, die Fortexistenz der Menschheit zu sichern. Dabei handle es sich jedoch um einen heiklen Aspekt.

Herr Professor Dr. iur. Gunnar Duttge merkte dazu an, dass es sich dabei sicher um den Kern allen Rechts und aller Ethik handele. Allerdings könne man nicht behaupten, dass sich das Recht oder gar der Impetus des Rechts und der Ethik darin schon erschöpfe. Das Recht einer modernen Gesellschaft könne nicht mit der einfachen Formel erfasst werden, alles sei erlaubt, solange der eine Wolf den anderen nicht erschlägt, weil die Menschheit schließlich nicht mehr im Zeitalter der Neandertaler lebe. Es bestünden beispielsweise Probleme der Verteilungsgerechtigkeit (gerade auch im Gesundheitswesen), die mit dieser Formel „Freiheit des einen versus Freiheit des anderen" nicht in den Griff zu bekommen seien.

Einen weiteren Aspekt brachte *Herr Professor Dr. med. Jürgen L. Müller* mit der Frage nach der Kostenübernahme für Behandlungen in die Diskussion ein. Mit dem sehr weit reichenden Normalitätsverständnis von Herrn Professor Frömmel bestünden in dieser Hinsicht Probleme. Wer mit seiner Körbchengröße A unzufrieden sei, müsse die Kosten eigenständig tragen, wohingegen der Transsexuelle, bei dem dies als eine medizinisch relevante „Störung" definiert werde, einen Anspruch auf Kostenübernahme der Operation habe. Es bestehe bei schönheitschirurgischen und geschlechtsändernden Behandlungen sichtbar eine Grenze dafür, wer die Kosten am Ende übernehme. Auch diese Frage sei von Relevanz für die Begründung von Werten und Normen.

Frau Professorin Dr. iur. Tatjana Hörnle mutmaßte, dass mit Blick auf das Strafrecht sicher Einigkeit bestehe. Dort sei die Position von Herrn Professor Frömmel zweifelsohne die Richtige. Für das Strafrecht sei nicht die Frage nach der „Normalität", sondern vielmehr die nach den Rechten der Anderen entscheidend. Seien diese Rechte betroffen, bestehe ein Verbot, im Übrigen sei alles andere erlaubt. Soweit man jedoch über das Strafrecht hinausblicke, sei freilich der von Herrn Professor Duttge angesprochene Aspekt zutreffend.

Herr Professor Dr. iur. Gunnar Duttge führte jedoch an, dass dieser Befund auch im Bereich des Strafrechts allenfalls für die Frage des Unrechts zutreffend sei, denn auf der Ebene der Schuld werde nach wie vor mit einer Vorstellung von der „normalen" Möglichkeit der Unrechtseinsicht und „normalen" Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln, operiert. Nach der reinen Individualität werde hier nicht gefragt, weil ansonsten in viel weiter gehendem Maße als bisher mit Freisprüchen zu rechnen wäre.

Im Rahmen seines Schlussworts verabschiedete *Herr Professor Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Engel* alle Anwesenden und dankte für die sehr interessante und lehrreiche Diskussion, die hoffentlich neue Anregungen geben und weiterführende Impulse setzen konnte.

Anhang 1: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG)

vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1978).

Erster Abschnitt: Änderung der Vornamen

§ 1 Voraussetzungen

(1) Die Vornamen einer Person sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn

1. sie sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben,
2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird, und
3. sie

   a) Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist,

   b) als Staatenloser oder heimatlose*r* Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat,

   c) als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Inland hat oder

   d) als Ausländer, dessen Heimatrecht keine diesem Gesetz vergleichbare Regelung kennt,

      aa) ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt oder

      bb) eine verlängerbare Aufenthaltserlaubnis besitzt und sich dauerhaft rechtmäßig im Inland aufhält.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will.

§ 2 Zuständigkeit

(1) Für die Entscheidung über Anträge nach § 1 sind ausschließlich die Amtsgerichte zuständig, die ihren Sitz am Ort eines Landgerichts haben. Ihr Bezirk umfasst insoweit den Bezirk des Landgerichts. Haben am Orte des Landgerichts mehrere Amtsgerichte ihren Sitz, so bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung das zuständige Amtsgericht, soweit nicht das zuständige Amtsgericht

am Sitz des Landgerichts schon allgemein durch Landesrecht bestimmt ist. Die Landesregierung kann auch bestimmen, dass ein Amtsgericht für die Bezirke mehrerer Landgerichte zuständig ist. Sie kann die Ermächtigungen nach Satz 3 und 4 durch Rechtsverordnung auf die Landesjustizverwaltung übertragen.

(2) Örtlich zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz oder, falls ein solcher im Geltungsbereich dieses Gesetzes fehlt, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat; maßgebend ist der Zeitpunkt, in dem der Antrag eingereicht wird. Ist der Antragsteller Deutscher und hat er im Geltungsbereich dieses Gesetzes weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt, so ist das Amtsgericht Schöneberg in Berlin zuständig; es kann die Sache aus wichtigen Gründen an ein anderes Gericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

§ 3 Verfahrensfähigkeit, Beteiligte

(1) Für eine geschäftsunfähige Person wird das Verfahren durch den gesetzlichen Vertreter geführt. Der gesetzliche Vertreter bedarf für einen Antrag nach § 1 der Genehmigung des Familiengerichts.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind nur

1. der Antragsteller,
2. der Vertreter des öffentlichen Interesses.

(3) Der Vertreter des öffentlichen Interesses in Verfahren nach diesem Gesetz wird von der Landesregierung durch Rechtsverordnung bestimmt.

§ 4 Gerichtliches Verfahren

(1) Auf das gerichtliche Verfahren sind die Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit anzuwenden, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Das Gericht hört den Antragsteller persönlich an.

(3) Das Gericht darf einem Antrag nach § 1 nur stattgeben, nachdem es die Gutachten von zwei Sachverständigen eingeholt hat, die auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind. Die Sachverständigen müssen unabhängig voneinander tätig werden; in ihren Gutachten haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.

(4) Gegen die Entscheidung, durch die einem Antrag nach § 1 stattgegeben wird, steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu. Die Entscheidung wird erst mit der Rechtskraft wirksam.

§ 5 Offenbarungsverbot

(1) Ist die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert werden, rechtskräftig, so dürfen die zur Zeit der Entscheidung geführten Vornamen ohne Zustimmung des Antragstellers nicht offenbart oder ausgeforscht werden, es sei denn, dass besondere Gründe des öffentlichen Interesses dies erfordern oder ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

(2) Der frühere Ehegatte, die Eltern, die Großeltern und die Abkömmlinge des Antragstellers sind nur dann verpflichtet, die neuen Vornamen anzugeben, wenn dies für die Führung öffentlicher Bücher und Register erforderlich ist. Dies gilt nicht für Kinder, die der Antragsteller nach der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat.

(3) In dem Geburtseintrag eines leiblichen Kindes des Antragstellers oder eines Kindes, das der Antragsteller vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat, sind bei dem Antragsteller die Vornamen anzugeben, die vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 maßgebend waren.

§ 6 Aufhebung auf Antrag

(1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, ist auf seinen Antrag vom Gericht aufzuheben, wenn er sich wieder dem in seinem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht als zugehörig empfindet.

(2) Die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend. In der Entscheidung ist auch anzugeben, dass der Antragsteller künftig wieder die Vornamen führt, die er zur Zeit der Entscheidung, durch welche seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Das Gericht kann auf Antrag des Antragstellers diese Vornamen ändern, wenn dies aus schwerwiegenden Gründen zum Wohl des Antragstellers erforderlich ist.

§ 7 Unwirksamkeit

(1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, wird unwirksam, wenn

1. nach Ablauf von dreihundert Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird, mit dem Tag der Geburt des Kindes, oder
2. bei einem nach Ablauf von dreihundert Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung geborenen Kind die Abstammung von dem Antragsteller anerkannt oder gerichtlich festgestellt wird, mit dem Tag, an dem die Anerkennung wirksam oder die Feststellung rechtskräftig wird, oder
3. der Antragsteller eine Ehe schließt, mit der Abgabe der Erklärung nach § 1310 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

(2) Der Antragsteller führt künftig wieder die Vornamen, die er zur Zeit der Entscheidung, durch die seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Diese Vornamen sind

1. im Fall des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 in das Geburtenregister,
2. im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 in das Eheregistereinzutragen.

(3) In Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 kann das Gericht die Vornamen des Antragstellers auf dessen Antrag wieder in die Vornamen ändern, die er bis zum Unwirksamwerden der Entscheidung geführt hat, wenn festgestellt ist, dass das Kind nicht von dem Antragsteller abstammt, oder aus sonstigen schwerwiegenden Gründen anzunehmen ist, dass der Antragsteller sich weiter dem nicht seinem Geburtseintrag entsprechenden Geschlecht als zugehörig empfindet. Die §§ 2, 3, 4 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 5 Abs. 1 gelten entsprechend.

Zweiter Abschnitt: Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit

§ 8 Voraussetzungen[1]

(1) Auf Antrag einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, dass sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt,
2. (weggefallen)
3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und
4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will; dies ist nicht erforderlich, wenn seine Vornamen bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§ 9 Gerichtliches Verfahren

(1) Kann dem Antrag nur deshalb nicht stattgegeben werden, weil der Antragsteller sich einem seine äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff noch nicht unterzogen hat oder noch nicht dauernd fortpflanzungsunfähig

[1] § 8 Abs. 1 Nr. 2: Nicht anwendbar bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung gem. Beschluss des BVerfG v. 27.5.2008 – 1 BvL 10/05 –

§ 8 Abs. 1 Nr. 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit dem GG unvereinbar und daher nichtig, BVerfGE vom 16.3.1982 – 1 BvR 938/81 –

ist, so stellt das Gericht dies vorab fest. Gegen die Entscheidung steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu.

(2) Ist die Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 unanfechtbar und sind die dort genannten Hinderungsgründe inzwischen entfallen, so trifft das Gericht die Entscheidung nach § 8. Dabei ist es an seine Feststellungen in der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 gebunden.

(3) Die §§ 2 bis 4 und 6 gelten entsprechend; die Gutachten sind auch darauf zu erstrecken, ob die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vorliegen. In der Entscheidung auf Grund von § 8 und in der Endentscheidung nach Absatz 2 sind auch die Vornamen des Antragstellers zu ändern, es sei denn, dass diese bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§ 10 Wirkungen der Entscheidung

(1) Von der Rechtskraft der Entscheidung an, dass der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, richten sich seine vom Geschlecht abhängigen Rechte und Pflichten nach dem neuen Geschlecht, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 5 gilt sinngemäß.

§ 11 Eltern-Kind-Verhältnis

Die Entscheidung, dass der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, lässt das Rechtsverhältnis zwischen dem Antragsteller und seinen Eltern sowie zwischen dem Antragsteller und seinen Kindern unberührt, bei angenommenen Kindern jedoch nur, soweit diese vor Rechtskraft der Entscheidung als Kind angenommen worden sind. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Abkömmlingen dieser Kinder.

§ 12 Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen

(1) Die Entscheidung, dass der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, lässt seine bei Rechtskraft der Entscheidung bestehenden Ansprüche auf Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen unberührt. Bei einer sich unmittelbar anschließenden Leistung aus demselben Rechtsverhältnis ist, soweit es hierbei auf das Geschlecht ankommt, weiter von den Bewertungen auszugehen, die den Leistungen bei Rechtskraft der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

(2) Ansprüche auf Leistung aus der Versicherung oder Versorgung eines früheren Ehegatten werden durch die Entscheidung, dass der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nicht begründet.

Dritter Abschnitt: Änderung von Gesetzen

§§ 13 bis 15

[…]

Vierter Abschnitt: Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 16 Übergangsvorschrift

(1) Ist vor Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 47 des Personenstandsgesetzes wirksam angeordnet, dass die Geschlechtsangabe im Geburtseintrag einer Person zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so gelten auch für diese Person die §§ 10 bis 12 dieses Gesetzes sowie § 61 Abs. 4 und § 65a Abs. 2 des Personenstandsgesetzes in der Fassung des § 15 Nr. 2 und 4 dieses Gesetzes.

(2) Ist die Person im Zeitpunkt der gerichtlichen Anordnung verheiratet gewesen und ist ihre Ehe nicht inzwischen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden, so gilt die Ehe mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als aufgelöst. Die Folgen der Auflösung bestimmen sich nach den Vorschriften über die Scheidung.

(3) Hat eine Person vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem nach § 50 des Personenstandsgesetzes zuständigen Gericht beantragt anzuordnen, daß die Geschlechtsangabe in ihrem Geburtseintrag zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, und ist eine wirksame Anordnung bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht ergangen, so hat das damit befasste Gericht die Sache an das nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 2 dieses Gesetzes zuständige Gericht abzugeben; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften dieses Gesetzes.

§ 17 Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 18 Inkrafttreten

§ 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5, § 3 Abs. 3 und § 9 Abs. 3 Satz 1, soweit er auf § 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und § 3 Abs. 3 verweist, treten am Tage nach der Verkündung in Kraft. Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1981 in Kraft.

Anhang 2: Strafgesetzbuch (StGB) – Auszug

§ 20 (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen)

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 (Verminderte Schuldfähigkeit)

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 49 (Besondere gesetzliche Milderungsgründe)

(1) Ist eine Milderung nach dieser Vorschrift vorgeschrieben oder zugelassen, so gilt für die Milderung folgendes:

1. An die Stelle von lebenslanger Freiheitsstrafe tritt Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.
2. Bei zeitiger Freiheitsstrafe darf höchstens auf drei Viertel des angedrohten Höchstmaßes erkannt werden. Bei Geldstrafe gilt dasselbe für die Höchstzahl der Tagessätze.
3. Das erhöhte Mindestmaß einer Freiheitsstrafe ermäßigt sich
   im Falle eines Mindestmaßes von zehn oder fünf Jahren auf zwei Jahre,
   im Falle eines Mindestmaßes von drei oder zwei Jahren auf sechs Monate,
   im Falle eines Mindestmaßes von einem Jahr auf drei Monate,
   im übrigen auf das gesetzliche Mindestmaß.

[…]

Autorenverzeichnis

Carsten Dochow, Dipl.-Jur., seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht am Institut für Kriminalwissenschaften der Juristischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen, Doktorand am Göttinger Zentrum für Medizinrecht. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Rechtsfragen in der Medizin und im Bereich des Gesundheitswesens.

Gunnar Duttge, Prof. Dr. iur., Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen (Institut für Kriminalwissenschaften, Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht), Geschäftsführender Direktor des Göttinger Zentrums für Medizinrecht. Forschungsschwerpunkte: Rechtliche und rechtsphilosophische Herausforderungen der modernen Medizin und Biotechnologie.

Peter Fromberger, Dipl.-Psych., seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig-Meyer-Institut für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Neurobiologische Aspekte von Pädophilie, Aufmerksamkeitsprozesse bei Pädophilie.

Andreas Hill, Priv.-Doz. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Forensische Psychiatrie und Sexualwissenschaftler, seit 2009 in eigener Praxis für Psychotherapie (Schwerpunkt sexuelle Störungen) und Dozent am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, zwischen 2000 und 2007 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung.

Tatjana Hörnle, Prof. Dr. iur., Juristische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin (Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsphilosophie und Rechtsvergleichung). Forschungsschwerpunkte Rechtsphilosophische Fragen des Strafrechts, Sexualstrafrecht.

Jürgen Müller, Prof. Dr. med., Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunktprofessur Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen; Chefarzt des Asklepios Fachkrankenhauses für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: u. a. Neurobiologische Aspekte forensisch-relevanter Fragestellungen.

Konstanze Plett, Prof. Dr. iur., LL.M. (Wisc.-Madison), Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaften und Zentrum Gender Studies. Beauftragte des Fachbereichs für Nebenfachlehre, Gender Studies und Weiterbildungsstudium Mediation. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Frauen und Recht, Geschlecht und Recht; aktuelles Forschungsvorhaben: Menschenrechte Intersexueller.

Katinka Schweizer*,* Dr. phil., Dipl.-Psych., MSc, Klinische Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sexualforschung & Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mitarbeit im Hamburger Forschungsprojekt zur Intersexualität (Leitung: Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt). Forschungsschwerpunkte: Geschlechtsidentität und Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung, Intersexualität und Transsexualität.

Peter Wieacker, Prof. Dr. med., Arzt für Humangenetik und Frauenheilkunde, seit 2007 Direktor des Instituts für Humangenetik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Forschungsschwerpunkte: Reproduktionsgenetik, Entwicklungsgenetik und klinische Genetik.

Die „sexuelle Identität" des Menschen ist keineswegs nur biologisch, sondern in erheblichem Maße auch neurologisch, psychologisch sowie durch Umweltbedingungen determiniert und infolgedessen gradualisiert. Die Gesellschaft und ihr Recht ignorieren diese Variabilitäten jenseits der natürlichen Geschlechtlichkeit jedoch mit Blick auf Orientierungsbedürfnisse weitgehend: Familien- und personenstandsrechtliche Zuschreibungen müssen eindeutig sein, Veränderungen des biologischen Geschlechts kommen nur in seltenen Ausnahmefällen in Betracht, die gesellschaftlichen Vorstellungen über den Freiraum an „sexueller Selbstbestimmung" werden an den Grenzen strafrechtlich abgesichert und jene, die sich nicht daran halten, gelten in der Rechtspraxis entweder als schuldfähig oder haben mit u.U. langjährigem Freiheitsentzug im Rahmen der Sicherungsverwahrung zu rechnen. Dieses Spannungsfeld zwischen individueller Disposition und gesellschaftlicher Erwartung war Gegenstand eines Workshops, der am 20. November 2009 gemeinsam vom Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Göttingen und dem Zentrum für Medizinrecht der Juristischen Fakultät veranstaltet wurde. Der vorliegende Band enthält die Resultate eines interdisziplinären Dialogs von Experten/Innen aus der Humangenetik, der Sexualforschung, der Soziologie, des Medizinrechts und der forensischen Psychiatrie.



ISBN: 978-3-941875-72-2
ISSN 1864-2144

Universitätsverlag Göttingen